

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 14.

Warszawa d. 7 Kwietnia 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Obecny stan wiedzy o tak zwanej otosklerozie. Podał D-r L. Guranowski. Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Podał St. Gałęcki. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 43. O anatomicznym stygmacie wrodzonej skłonności do gruźlicy. 44. W sprawie gorączki miesięczkowej u gruźliczych kobiet. 45. Znaczenie promieni Roentgena dla leczenia limfatycznych mięsaków. 46. Przyczynki do leczenia choroby Basedow'a promieniami Roentgen'a. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 31 października, 21 i 28 listopada 1905 r. Posiedzenie sekcji ginekologicznej z d. 16 lutego 1906 r. — Drobne wiadomości. — Bieżące wiadomości. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w marcu 1906 r. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Guranowski — Sur l'état actuel d'otosclérose. 2) St. Gałęcki — Le pouls et la pression sanguine chez les phthisiques.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. Guranowski — Ueber den heutigen Stand der Otosclérosefrage. 2) St. Gałęcki — Der Puls und der Blutdruck bei Phthisikern

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

PRACE ORYGINALNE.

Obecny stan wiedzy o tak zwanej OTOSKLEROZIE.

Podał

D-r L. GURANOWSKI.

(Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. d. 20 III. 1906 r.).

TRÖLTSCH¹⁾ w rozdziale o chronicznych katarach ucha średniego zaznaczył, że istnieje odrębna postać chorobowa, którą nazwał sklerozą tkanek jamy bębenkowej *resp.* suchym ka-

tarem. TRÖLTSCH, opierając się głównie na przebiegu klinicznym, wyraził już wtedy dość jasno swój pogląd na tę postać chorobową, dodając przy tem, że badania anatomo-patologiczne podobnych przypadków pozwolą nam dokładniej wnikać w istotę danej sprawy patologicznej, i że skleroza zajmie z czasem „zupełnie samodzielne stanowisko w rzędzie chorób ucha“. Dopóki to nie nastąpi, TRÖLTSCH przedstawia sobie sprawę sklerozy w następujący sposób: „jest to sprawa chorobowa, w której błona śluzowa jest bardziej zbity, mniej elastyczna i ruchoma; zmiany te wpływają ujemnie na poruszalność wibracyjną błony bębenkowej,

¹⁾ Tröltzsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1873.

stawu młotko-kowadełkowego i obu okienek i prowadzi w końcu do zupełnego unieruchomienia (Starrheit) stawów międzykosteczkowych, a nawet do zwapnienia i skostnienia więzu obrączkowego strzemięcia (*synostosis stapedis*) lub błony okienka okrągłego. Czy rzeczywiście zawsze złogi wapienne lub też inne molekularne zmiany warunkują powyższą sprawę chorobową, czy też przeważnie sprawa zapalna okostny z hiperostozą lub eksostozą, lub wreszcie późniejsze zmiany wsteczne poprzednio rozluźnionych i przekrwionych tkanek, o tem chwilowo trudno sądzić. Wobec ustalonego faktu, że zarówno trzonek młotka, jak i podstawa strzemięcia stale pokryte są chrząstką, nasuwa się pytanie, czy nie mamy do czynienia nie ze sklerozą błony śluzowej jamy bębnekowej, lecz z patologicznym stanem tych elementów chrzęstnych kosteczek słuchowych, z czemś w rodzaju metamorfozy kostnej. Ta ostatnia byłaby w każdym razie w stanie utrudniać robotę mechaniczną przy przenoszeniu drgań i ruchów błony bębnekowej, młotka i strzemiączka na płyn błędnikowy. Tylko badania anatomo-patologiczne przypadków sklerozy mogą nam wyświecić powyższe wątpliwości.

Późniejsze badania anatomo-patologiczne licznych autorów łącznie z udoskonaleniem metod badania słuchu za pomocą szeregu kamer-tonów, wprowadzonych do otyatrii przez BEZOLD'a, rzeczywiście potwierdziły przypuszczenia TRÖLTSCHE'a, gdyż omawiana sprawa chorobowa zajmuje dziś zupełnie odrębne, samodzielne stanowisko w otyatrii.

Pod nazwą otosklerozy pojmujemy obecnie klinicznie sprawę chorobową, warunkującą postępującą głuchotę, nie wykazującą zmian chorobowych na błonie bębnekowej i w jamie bębnekowej i przy zupełnie drożnej trąbce EUSTACHIUSZ'a.

Badanie słuchu wykazuje przytem pewne charakterystyczne dane.

Zmiany anatomo-patologiczne, spotykane w otosklerozie, polegają na zrostach kostnych strzemiączka (ankiloza) w okienku owalnym i na tak zwanem zwyrodnieniu gąbczastym kośćca błędnikowego (*Spongiosierung der Labyrinthkapsel* – SIEBENMANN'a).

Trudność uzyskania materiału sekcyjnego chorych, u których za życia rozpoznawano otosklerozę, nie pozwalała na wyrobienie sobie jasnego poglądu na istotę choroby.

Wprawdzie już TOYNBEE między 1149 preparatami, które badał anatomo-patologicznie, znalazł 126 przypadków zrośnięcia kostnego strzemiączka w okienku owalnym, nie posiadały one jednak wielkiej wartości dla omawianej sprawy, gdyż nie stwierdzone były badaniem klinicznym za życia.

Późniejsze badania VOLTOLINI'ego, TRÖLTSCHE'a, POLITZER'a, LUCAE'go, MOOS'a, SCHWARTZE'go, WENDT'a, WEBER LIEL'a, KIRCHNER'a, BEZOLD'a i wielu innych potwierdziły częstość unieruchomienia strzemiączka bądź przez synostozę podstawy strzemięcia w ramie okienka owalnego, bądź przez zrosty kostne ramion strzemięcia ze ścianami niszy okienka owalnego. Często unieruchomienie występowało jednocześnie u podstawy i ramion strzemiączka.

Wszystkie powyższe spostrzeżenia i wyniki badania makroskopowego preparatów, otrzymanych przy sekcji, ustaliły, że w przypadkach kostnego zrośnięcia podstawy strzemiączka w okienku owalnym lub też ramion strzemiączka w niszy okienka owalnego mamy do czynienia z ograniczonem zapaleniem okostny kostniejącem (*periostitis ossificans*) lub też z pierwotnym procesem zapalnym kości skalistej, zależnym od chronicznego kataru ucha średniego lub też powstałym w następstwie spraw ropnych ucha średniego. Jasną już wtedy było rzeczą, że unieruchomienie strzemięcia może występować i samodzielnie, t. j. przy normalnym stanie jamy bębnekowej, jako pierwotna sprawa zapalna kości skalistej.

Właściwie dopiero badania mikroskopowe 16 przypadków, dokonane przez POLITZER'a²⁾ w roku 1894, dały podstawę do ścisłego odgraniczenia sprawy patologicznej przy sklerozie od zmian, występujących w okolicy okienek w przewlekłych nieżytych ucha średniego.

POLITZER wykazał, że mamy do czynienia w sklerozie z ograniczoną pierwotną sprawą chorobową kośćca błędnikowego w okolicy okienek, prowadzącą do nowotworzenia się kości i w końcu do zupełnej ankilozy strzemięcia. Wyniki swych badań mikroskopowych POLITZER streszcza w następujący sposób:

„Tkanka kostna, otaczająca okienko owalne, zamienia się na nowo wytworzoną istotę kostną. Nowowytworzona tkanka kostna barwi się karminem daleko wyraźniej, niż otaczającą ją normalne tkanki kostne. Różnice zabarwienia są tak wybitne, że już gołym okiem można odróżnić części chore od zdrowych. Ciałka kostne są w tkance patologicznej liczniejsze, niż w zdrowej. Przedewszystkiem jednak różni się tkanka patologiczna od normalnej znacznie rozszerzonymi przestrzeniami kostnymi. Zawartość przestrzeni kostnych jest w różnych punktach różna. W niektórych preparatach są one wypełnione tkanką łączną wielokomórkową, otaczającą większe lub mniejsze naczynia krwionośne. W przypadkach świeżych rozszerzone przestrzenie kostne nowowytworzonych tkanek kostnych są wypełnione przez rozszerzone naczynia, wypełnione ciałkami krwi. Natomiast przestrzenie kostne w patologicznej tkance kostnej w późniejszym okresie są wypełnione krążącymi się w różnych kierunkach naczyniami, zawierającymi bardzo mało ciałek krwi“. Wreszcie POLITZER widział w kilku preparatach obok naczynia krwionośnego komórki olbrzymie i rozrzucone osteoblasty i osteoklasty.

Najwybitniejsze zmiany tkanki kostnej występują, zdaniem POLITZER'a, nie w pobliżu

błony śluzowej ucha średniego, lecz w warstwach głębszych kości, otaczającej błędnik. Prócz tego POLITZER widywał oddzielne ogniska zwyrodniałej kości w pobliżu wewnętrznego przewodu słuchowego i ślimaka, jako pierwotne ogniska chorobowe kośćca błędnikowego.

Równocześnie z POLITZER'em ogłosił BEZOLD³⁾ wyniki swych badań w przypadku obustronnej ankilozy strzemięcia, gdzie również błona śluzowa ucha średniego okazała się zmienioną i sprawa chorobowa ograniczała się wyłącznie do strzemiączka.

SIEBENMANN⁴⁾ i uczeń jego Edward HARTMANN⁵⁾ uważają ogniska gąbczaste w kości, otaczającej błędnik, za istotę sklerozy, a SIEBENMANN proponuje nawet oddzielną nazwę dla całej sprawy chorobowej, a mianowicie: postępujące wytwarzanie się istoty gąbczastej w kośćcu błędnika (progressive Spongiosierung der Labyrinthkapsel).

Ed. HARTMANN opisuje zmiany, spostrzegane pod drobnowidzem w następujący sposób: „kostne zwężenie miedniczki okienka owalnego, kompletne skostnienie więzu obrączkowego, wytworzenie się gąbczastego wału kostnego naokoło okienka owalnego po stronie przedSIONkowej; wgłębienie tylnej części strzemięcia i wysunięcie się na zewnątrz przedniej jego części. Z prawej strony widać takie same zmiany, tylko z tą różnicą, że górna część górnego obwodu więzu obrączkowego nie jest jeszcze skostniała. Proces przemiany gąbczastej rozszerza się i na większą część kostnego szkieletu ślimaka. Wrzeczono ślimaka składa się wyjątkowo ze zbitej tkanki kostnej, która rozszerzyła się na koszt kanałów kostnych i nerwowych. Badanie mikroskopowe błędnika dokonane tylko z prawej strony, wykazało bujanie tkanki łącznej oko-

3) Bezold. Ein weiterer im Leben diagnostizierter Fall von doppelseitiger Steigbügelankylose mit Sectionsbefund. Zeit. f. Ohrenh. T. 26.

4) Siebenmann. Fall von Spongiosierung der Labyrinthkapsel. Zeit. f. Ohrenh. T. 36.

5) Ed. Hartmann. Zwei neue Fälle von doppelseitiger knöchernen Stapesankylose. Zeit. f. Ohrenh. T. 33.

2) Politzer. Ueber primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel. Zeit. f. Ohrenheil. T. 25. 1894 r.

lonerwowej i okołonaczyniowej w skrócie pod stawowym przy normalnej liczbie zwojów i włókien nerwowych i normalnym organie Cortiego. Mięsień strzemienny zwyrodniał, przedstawia się jako pasek łącznotkankowy, mięsień natężacz błony niezmieniony.

W drugim przypadku HARTMANN'a sprawa chorobowa nie ograniczała się do okienka owalnego i najbliższych położonych tkanek kostnych. Sprawa chorobowa w kości brzegu okienkowego w obu przypadkach przenikała ku przodowi aż do ślimaka. Ciała kostne w kości chorobowo zmienionej były niekształtne, nieregularnie ułożone, bardzo liczne i skupione szczególnie na granicy ze zdrową kością. Przemawia to za tem, że mamy tu do czynienia z wytwarzaniem się nowej kości, a nie z przemianami w starej kości. Duża liczba i duże skupienie tych ciałek kostnych szczególnie na granicy kości zdrowej przemawia, zdaniem HARTMANN'a, za tem, że mamy do czynienia z nowowytworzoną, metaplastyczną kością łącznotkankową.

SIEBENMANN spostrzegał ciekawy przypadek pod względem klinicznym i anatomicznym. W przypadku tym prócz osteofitów po stronie bębnekowej i po stronie przedsionkowej ramy okienka owalnego widać było ogniska gąbczaste w szkielecie kostnym kanałów półkolistych, przedsionka i ślimaka. W prawym błędniku widać 6 ognisk gąbczastych, z których tylko 1 sze i 2-gie pozostawały w luźnym związku, reszta zaś była ściśle odgraniczona. Prócz tego istniało poczynające skostnienie chrząstki, pokrywającej strzemię, z poczynającym skostnieniem więzu obrączkowego strzemiesienia. Ognisko gąbczaste umiejscowione były przeważnie tam, gdzie zwykle się znajdują resztki pierwotnej chrząstki (MANASSE). Najstarsze ognisko znajdowało się na granicy pomiędzy pierwotnym szkieletem labiryntu i parostalną kością łącznotkankową. SIEBENMANN, opierając się na powyższych danych anatomicznych, przychodzi do wniosku, że w sklerozie mamy do czynienia

z rzadko wprowadzonym spostrzegającym, ostatnim okresem rozwojowym w kostnym szkielecie ślimaka (Wachstumsprozess).

Dalsze badania anatomiczne SIEBENMANN'a dotyczą preparatu, otrzymanego od 64 letniej pacjentki, zmarłej na raka wątroby. W przypadku tym zawartość ucha średniego była normalna, natomiast w szkielecie kostnym błędnika znajdowało się jedno jedyne ognisko gąbczaste w postaci stożka, zajmującego cały górny obwód i przednią połowę okienka owalnego. Podstawa stożka o średnicy 4 mm. dosięgała ku górze kanału nerwu twarzowego i kanału *pro nervo utriculo-ampulari* i do zewnętrznego odcinka kanału *pro tensore tympani*. Wierchołek stożka znajdował się 2 mm. poniżej dolnego brzegu okienka owalnego na ścianie przedsionkowej, zwróconej ku jamie bębnekowej.

Ku górze ognisko powyższe wnikało dość głęboko w kość pomiędzy ślimakiem i przedsionkiem. Nad częścią gąbczastego ogniska, położonego bezpośrednio pod błoną śluzową jamy bębnekowej, widać wyniosłość osteofityczną górnej ściany niszy, tak że górny obwód podstawy strzemiesienia był pokryty na zewnątrz spadającym ku dołowi wałem kostnym i wgłębionym na wewnątrz.

Podstawa strzemiesienia spojona była z ekso-stożą za pomocą zbitej masy więzowatej, pozbawionej jąder; przedni obwód podstawy strzemiesienia łączy się z brzegiem okienka owalnego za pomocą dwóch małych, tylko częściowo skostniałych osteoidów. Dolna część podstawy strzemiesienia okazała się wysuniętą w kierunku jamy bębnekowej i jednocześnie zwichniętą ku przodowi i ku dołowi. W nielicznych pozostałych jeszcze przestrzeniach szpikowych starszych ognisk gąbczastych spostrzegano po raz pierwszy szpik tłuszczowy. Istniejącą ostrą interstycjalną neuritis pnia nerwu słuchowego uważa SIEBENMANN za następstwo kacheksji rakowej.

(C. d. n.).

Z Sanatorium d-ra Brehmer'a w Goerbersdorfie.

Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc.

Podał

Stanisław Gałęcki (asystent).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 13).

Teoretycznie ciekawe będzie poznanie stosunku między częstością tętna a charakterem krzywej.

Jeżeli przyjmujemy, że t. zw. tętno twarde przedstawia normalną formę fali piersiowej, to powinniśmy jednocześnie z niem najczęściej spostrzegać normalną częstość tętna. Że tak jest w istocie, potwierdza następujący obrachunek procentowy:

Częstość tętna	Charakter tętna		
	Twarde	Średnie	Miękkie
do 80 uderzeń	71%	42%	27 ⁰ / ₁₀₀
81 — 100	29%	53%	56 ⁰ / ₁₀₀
ponad 100	0	5 ⁰ / ₁₀₀	17 ⁰ / ₁₀₀

Widzimy z tej tablicy, że w tych przypadkach, gdy krzywa posiada cechy t. zw. tętna twardego, częstość tętna przeważnie nie przekracza 80 uderzeń na minutę. Powyżej 100 uderzeń na minutę nie notowałem w tych przypadkach ani razu. Im większe zaś jest tętno, tem większą staje się jego częstość.

Jeżeli zważywszy, że rokowanie w gruźlicy płuc jest zależne zarówno od natężenia sprawy płucnej, jak i do pewnego stopnia od częstości tętna, i że z drugiej strony pomiędzy powyższymi czynnikami a rodzajem krzywej tętna istnieje pewna wzajemna zależność, to możemy już *a priori* sądzić, że krzywa tętna również może nam dawać niejaki wskazówki przy roko-

waniu. W celu przekonania się, czy powyższe przypuszczenie potwierdza się, zastosuję w danym razie ten sam sposób obliczeń, jakiego użyłem przy określeniu znaczenia częstości tętna przy rokowaniu. Mianowicie, wszystkie przypadki dzielę według stadyów choroby, a następnie obliczam procentowo wyniki kuracyi w każdym stadium. Jak poprzednio, dobre wyniki kuracyi oznaczam liczbą 2, poprawę zdrowia liczbą 1 i złe wyniki 0. Obliczenia możemy w danym razie uczynić we wszystkich stadyach gdyż ogólna liczba wszystkich przypadków równiej się rozkłada, niż przy częstości pulsu.

Stadium	Wyniki kuracyi	Tętno		
		Twarde	Średnie	Miękkie
I	2	80 ⁰ / ₁₀₀	60 ⁰ / ₁₀₀	50 ⁰ / ₁₀₀
	1	20 ⁰ / ₁₀₀	40 ⁰ / ₁₀₀	50 ⁰ / ₁₀₀
	0	0	0	0
II	2	67 ⁰ / ₁₀₀	57 ⁰ / ₁₀₀	57 ⁰ / ₁₀₀
	1	33 ⁰ / ₁₀₀	43 ⁰ / ₁₀₀	25 ⁰ / ₁₀₀
	0	0	0	18 ⁰ / ₁₀₀
III	2	50 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀₀	17 ⁰ / ₁₀₀
	1	38 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀₀	39 ⁰ / ₁₀₀
	0	12 ⁰ / ₁₀₀	28 ⁰ / ₁₀₀	44 ⁰ / ₁₀₀

Przytoczone tutaj dane stwierdzają stanowczo, że tętno twarde daje znacznie lepsze rokowanie, niż tętno miękkie. Jest to widoczne we wszystkich stadyach, ale chyba najlepiej w trzecim, gdyż tam odsetek udanych kuracyi przy twardem tętnie wynosi niemal prawie tyle, co odsetek nieudanych przy tętnie miękkim. A zatem forma krzywej daje nam również pewien punkt oparcia przy rokowaniu.

O ile mogę sądzić z 7 przypadków niemierności tętna, o których była wyżej mowa, arytmia tętna sama przez się nie posiada w danym

razie złego prognostycznego znaczenia. Jednego z tych przypadków, gdzie jednocześnie istniała rozstrzeń żołądka, która upośledzała odżywianie i, co za tem idzie, dawała złe rokowanie, nie możemy tutaj przyjmować pod uwagę. W jednym przypadku, gdzie arytmia była nadzwyczaj wybitna, ale sprawa płucna była w okresie początkowym, i tętno było twarde, nastąpiło wyleczenie. W dwóch innych podobnych przypadkach osiągnięto bardzo znaczną poprawę.

W trzech przypadkach, gdzie gruźlica była bardzo posunięta i tętno wybitnie miękkie, odnośni pacyenci nie osiągnęli żadnej poprawy zdrowia.

O ile można sądzić, niemiarkowość tętna nie ma znaczenia przy rokowniu. To ostatnie jest zależne tylko od stanu płuc i charakteru tętna.

Dotychczas poświęcałem moją uwagę tylko tym krzywym tętna, które otrzymałem podczas spokojnego i powierzchownego oddechu. W większości przypadków jednak, jak już o tem wspomniałem, zdejmowałem krzywe tętna również przy powolnem a głębokiem oddychaniu. Na wielu takich krzywych spostrzegamy wielkie fale wtórne, które nam uwidoczniają wahania ciśnienia krwi, spowodowane przez oddychanie. MACKENZIE twierdzi, że owe fale wtórne są najwyraźniejsze wtedy, gdy tętno jest miękkie. Przy tętnie twardem zaś albo wcale nie występują, albo też są zaledwie lekko zaznaczone. Zobaczmy, czy się to w badanych przeze mnie przypadkach potwierdzi. W celu przekonania się o tem, sporządziłem tablicę, przedstawiającą odsetki rozmaitych postaci tętna przy falach oddechowych różnej wielkości.

Tętno	Fale oddechowe wtórne.			
	brak	małe	średnie	wielkie
Twarde	82 ^o / _o	3 ^o / _o	27 ^o / _o	13 ^o / _o
Średnie	9 ^o / _o	23 ^o / _o	27 ^o / _o	33 ^o / _o
Miękkie	9 ^o / _o	41 ^o / _o	46 ^o / _o	54 ^o / _o

Już tablica powyższa wskazuje, że otrzymane przeze mnie krzywe podlegają również zasadzie, ogłoszonej przez MACKENZIE'go. Ale pomiędzy przypadkami, obserwowanymi przeze mnie, było sporo takich, gdzie wskutek bardzo posuniętej sprawy gruźliczej w płucach lub też wskutek silnych zrostów opłucny oddychanie było tak utrudnione, że odnośni pacyenci nie mogli nawet z wysiłkiem wydobyć głębokiego oddechu.

Należy przypuszczać, że w takich razach oddychanie nie mogło wywrzeć znacniejszego wpływu na kształt krzywej tętna. Możliwem jest również, że oddychanie z wysiłkiem wpływa na kształt krzywej inaczej, niż głęboki, lecz swobodny oddech człowieka normalnego. Sądzę zatem, że tablica przytoczona powyżej przyjmie nieco inną postać, gdy wyłączymy z obrachunku wszystkie te przypadki, gdzie sprawa płucna znajdowała się w III stadium, i te, w których stwierdzono wielkie zrosty opłucny po zapaleniu.

Tętno	Fale oddechowe wtórne.			
	brak	małe	średnie	wielkie
Twarde	100 ^o / _o	44 ^o / _o	22 ^o / _o	14 ^o / _o
Średnie	—	28 ^o / _o	45 ^o / _o	14 ^o / _o
Miękkie	—	25 ^o / _o	33 ^o / _o	72 ^o / _o

Otrzymane po wyłączeniu wzmiankowanych przypadków odsetki wskazują w sposób nadzwyczaj dobitny, że związek pomiędzy charakterem tętna a występowaniem wtórnych fal oddechowych rzeczywiście istnieje. Widzimy mianowicie, że we wszystkich przypadkach bez wyjątku, gdzie fale oddechowe wcale nie wystąpiły, tętno było twarde; tam zaś, gdzie owe fale bardzo były wybitne, tętno było w olbrzymiej większości, bo w 72% wszystkich przypadków, miękkie. Widzimy jednak również, że nie możemy twierdzenia MACKENZIE'go uważać za

matematycznie ściśle prawo, gdyż nawet przy twardem tętnie mogą, aczkolwiek rzadko, występować bardzo wyraźne fale oddechowe.

Ponieważ fale oddechowe przy twardem tętnie najczęściej nie występują, a przy miękkim są bardzo wybitne, zatem można już *a priori* przypuszczać, że ich występowanie powinno się znajdować w pewnym związku z częstością tętna, gdyż przy twardem tętnie liczba uderzeń na minutę jest mniejsza, niż przy tętnie miękkim. Ponieważ kwestya ta nie posiada wielkiego znaczenia teoretycznego, więc szczegółów mych obliczeń nie przytaczam. Wyniki ich potwierdzają w zupełności nasze przypuszczenie aprioristyczne.

Co się tyczy stadyów choroby, to w przypadkach I stadium nigdy wybitnych fal oddechowych nie zauważyłem: u 14% odnośnych pacjentów wystąpiły na krzywych tętna fale oddechowe średniej wielkości, a u 86% owe fale były zupełnie niewidoczne lub zaledwie słabo zaznaczone. W II stadium u 56% pacjentów, a zatem prawie u połowy, wystąpiły bardzo wyraźne fale oddechowe, zaś u 44% forsowne oddychanie albo żadnego wpływu na postać krzywej tętna nie wywarło, albo też wpłynęło bardzo nieznacznie. W III stadium zachodził prawie odwrotny stosunek niż w II, gdyż wyraźne fale oddechowe notowałem u 45% odnośnych przypadków, a u 55% owe fale zaledwie były zaznaczone lub brakowały zupełnie. Że forsowne oddychanie wywarło w przypadkach, należących do I stadium, tylko nieznaczny wpływ na postać krzywej pulsu, jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, gdyż w tych przypadkach tętno jest przeważnie twarde.

Że jednak w III stadium gruźlicy płucnej, gdzie tętno najczęściej bywa miękkie, nie znajdujemy wręcz odwrotnego stosunku, potwierdza się nasze przypuszczenie, że u chorych w tem stadium oddech jest po większej części zbyt powierzchowny, ażeby mógł wywrzeć wyraźniejszy wpływ na krzywą tętna.

Ciśnienie krwi.

Pomiary ciśnienia krwi u suchotników za pomocą tonometru GAERTNER'a przedsięwziął w ostatnich czasach NAUMANN*). W jego pracy przytoczona jest literatura, tycząca się ciśnienia krwi u suchotników. Niestety jednak, oprócz wzmianki o tem, że przy pomiarach zachowane zostały wszystkie przepisy, zalecane przez GAERTNER'a, nie znajdujemy u wzmiankowanego autora żadnej wskazówki co do tego, w jakiej pozycji badanych wykonane były te pomiary i o jakiej porze dnia. Nie wiemy również, czy chory osiągał przed mierzeniem zupełny spokój ciała i ducha. Wszystko to bowiem, jak głosi NEU w swej pracy, są ważne czynniki, które wywierają bardzo wyraźny wpływ na ciśnienie krwi. W jaki sposób wykonywałem pomiary, podałem już na wstępie, obecnie zatem przystępuję odrazu do podania otrzymanych przeze mnie wyników. Wszystkie przypadki, jak to już czyniłem poprzednio, dzielę według stadyów i w każdym stadium obliczam wyniki pomiarów w odsetkach. Rezultat tego obrachunku przedstawia nam tablica następująca:

Ciśnienie krwi w milim.	Stadium choroby.			Ogólna liczba przypadk.
	I	II	III	
60 — 80	—	3%	8%	4
80 — 100	52%	54%	45%	50
100 — 120	39%	38%	40%	39
120 — 130	9%	5%	7%	7

Po przejrzeniu przytoczonej tablicy przychodzimy do wniosku, że ciśnienie krwi nie znajduje się w takiej zależności od natężenia choroby, jak częstość tętna i jego charakter, bowiem w każdym stadium znajdujemy niemal jednakowe odsetki ciśnień rozmaitej wysokości.

*) Ztschr. f. The. B. V. H. 2.

Ażeby mózdz porównać otrzymane przeze mnie dane z wartościami podanemi u NAUMANN'a, muszę je podzielić według tej samej zasady, której on się trzymał. Autor wymieniony doszedł, mianowicie, na zasadzie własnych badań do wniosku, że ciśnienie krwi u człowieka normalnego ma się wahać w granicach pomiędzy 115 i 130 mm. Wartości, leżące w tych granicach, zostały przezeń uznane za normalne, niższe od 115 mm. za subnormalne, a leżące powyżej 130 mm. za wysokie. Ażeby porównać otrzymane przezeń wysokości ciśnienia z moimi, umieszczam je obok siebie. Ponieważ zarówno ja, jak i on podajemy wyniki badań w 100 przypadkach, zatem mogę podać liczby bezwzględne, bez obliczania odsetków.

A zatem obserwowano:

	u NAUMANN'a	u mnie
Wysokie ciśnienie	w 69	w 0 przypad.
Normalne	w 13	w 17 „
Subnormalne	w 18	w 83 „

Widzimy zatem, że wysokości, otrzymane u NAUMANN'a, są zupełnie inne, niż te, które ja otrzymałem. Gdy bowiem on znajdował w większości przypadków ciśnienie wyższe ponad 130 mm., ja ciśnienia tej wysokości nie notowałem ani razu.

Ja obserwowałem u większości moich pacjentów ciśnienie, które N. uważa za subnor-

malne. Gdzie leży przyczyna tak znacznej różnicy, rozstrzygnąć na razie niepodobna.

Przyjąłem tutaj ów podział NAUMANN'a ze względów praktycznych, ażeby mózdz porównać otrzymane przez nas wyniki; nie znaczy to bynajmniej, żebym ten podział uważał za bez zarzutu. Nie zdaje mi się bowiem, ażeby można było dla zmiennej wielkości, jaką jest ciśnienie krwi, które nawet w warunkach fizyologicznych ujawnia znaczne wahania, zakreślić tak małe granice. NEU twierdzi na zasadzie licznych pomiarów, że ciśnienie, mierzone w pozycji na wznak, waha się w normalnych warunkach, przy wyłączeniu wszelkich bodźców zewnętrznych, pomiędzy 80 i 130 m. Mierząc we wzmiankowanej pozycji, otrzymujemy ciśnienie najniższe. To też liczby, otrzymane przeze mnie, są nieco wyższe, niż gdybym czynił pomiary u pacjentów, leżących równo nawznak, gdyż ja mierzyłem ciśnienie podczas leżenia na leżakach, gdzie pacjenci właściwie znajdują się w pozycji na pół siedzącej z wyprostowanymi poziomo nogami. Jeżeli przyjmiemy to pod uwagę, to możemy powiedzieć, że liczby, otrzymane przeze mnie, leżą z małymi wyjątkami w granicach normy.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

43. Joseph SORGO i Erhard SUESS. O anatomicznym stygmacie wrodzonej skłonności do gruźlicy.

Faktem ogólnie uznanym jest nabyta predyspozycja do zakażenia gruźliczego. Ale kliniczne doświadczenie każe przypuszczać istnienie i wrodzonej skłonności w tym kierunku. Przyznawano rozmaitym czynnikom wpływ, upo-

śledzający odporność płucną (przedwczesne skostnienie stawu między 1 żebrą a mostkiem, nieprawidłowy kształt tylnych szczytowych rozgałęzień oskrzelowych i t. p.), lecz choć są one odpowiednie dla wielu przypadków, to jednak nie wyjaśniają dostatecznie sprawy wrodzonej predyspozycji gruźliczej. Tak zwany *habitus phthisicus*, jakkolwiek istota jego pogłębioną zo-

stała przez ujęcie stosunku serca do płuc, jest właściwością względnie nielicznych chorych gruźliczych, w dodatku bywa też i nabyty. I autorzy nie rozwiązyali kwestyi, mniemają jednak, że wykryli jedną z cech wrodzonej predyspozycji, a tem samem utrwalili przypuszczenie o istnieniu tej ostatniej. Badając swe chore, wielokrotnie spostrzegli różnicę w wielkości obu sutek; zwróciło też ich uwagę, że mniejsza sutka odpowiadała zawsze stronie płuca, wyłącznie lub przeważnie dotkniętego gruźlicą. Zgodnie ze spostrzeżeniami anatomów i autorzy stwierdzili, że mniejsza najczęściej bywa lewa sutka. Tem donioślejsze było spostrzeżenie, że w przypadkach wyłącznego lub przeważającego zajęcia prawego płuca prawa sutka okazywała się mniejszą. Wobec stwierdzonego odnośnemi badaniami prostego stosunku, jaki zachodzi między wielkością a raczej wagą sutki i wymiarem otoczki sutkowej, autorzy w swych badaniach uwzględniali tylko wymiary tej ostatniej. Przeniosłszy swe spostrzeżenia i na mężczyzn, przyszlizli do analogicznych wyników. Autorzy dla ścisłości wymierzali cyrklem pionową i poprzeczną średnicę otoczki, bacząc na to, by ostatnia była w chwili dokonywania pomiarów w stanie erekcyi i uwzględniając jedynie różnice między sumami obu, średnio nie mniejsze niż 3 mm. Twierdzą jednak, że i gołem okiem udaje się zawsze różnicę w wielkości otoczek pochwycić. Na 111 gruźliczych kobiet było 52 z niejednakową wielkością obu otoczek sutkowych; z tych 18 miały jedno płuco dotknięte gruźlicą i właśnie po stronie mniejszej otoczki, u 19 sprawa gruźlicza przeważała po jednej stronie i również, z wyjątkiem jednej chorej, po stronie mniejszej otoczki; obustronne mniej więcej jednakowe zajęcie płuc było u 15 kobiet, z tych mniejszą otoczkę lewą posiadało 9, prawą 6. Ze 168 gruźliczych mężczyzn u 69 była różnica w wielkości obu otoczek; z jednostronnem porażeniem płuc było 20, z tych wszyscy, z wyjątkiem 3, mieli płuco dotknięte po stronie mniejszej otoczki; obustronne niejednakowe zajęcie płuc posiadało 26 chorych, a z nich u 23 bardziej dotknięte płuco odpowiadało stronie mniejszej otoczki, obustronne jednakowe porażenie płuc było u 23 chorych, z tych 5 miało mniejszą prawą otoczkę, 18 lewą. Cyfry te stanowczo przeczą przypadkowości zjawiska. O wpływie porodów i

karmienia na różnicę w wielkości otoczek (*resp.* sutek) mowy być nie mogło, gdyż większość odnośnych pacjentek wcale nie rodziła, i wśród tych właśnie różnice w wielkości otoczek były najwydatniejsze. Nie udało się też autorom wykryć jakiegokolwiek związku między nierównością otoczek a niejednakowym rozwojem mięśni obu stron ciała (*resp.* małżukctwem). Istnieje pewna współrzędność między rozmiarem obwodu jednej połowy klatki piersiowej a wielkością otoczki, ile że w mniej niż połowie przypadków z nierówną otoczką stwierdzić było można i różnicę w obwodzie obu połów klatki piersiowej, przy czem węższy wymiar klatki odpowiadał stronie mniejszej otoczki, za kilkoma wyjątkami, które też obalają przypuszczenie, że wielkość otoczki bezpośrednio zależy od wielkości obwodu odpowiedniej połowy klatki piersiowej. Można twierdzić, że między wielkością otoczki a skłonnością płuca do gruźlicy zachodzi związek ściślejszy, niż między tą ostatnią a rozmiarem obwodu klatki piersiowej. Trudno też przypuścić, że różnica w wielkości otoczek jest następstwem sprawy gruźliczej, gdyż większość chorych dotknięta była nieznacznemi zmianami wierzchołkowemi. Uwzględniwszy wszystkie powyższe okoliczności, należy przyjąć, że nierówność otoczek jest anomalią wrodzoną, będącą wyrazem i widocznym anatomicznym stygmatem upośledzenia w rozwoju jednej połowy ciała, nie w znaczeniu grubo anatomicznem, lecz w sensie niepochwytanych dla naszych metod zbaczających w utkanie lub sprawności funkcyjnej. To upośledzenie czyni płuco danej strony mniej odpornem na zarażenie gruźlicy.

(Wiener klin. Wochenschr. 1905. N. 48).

S. B.

44. FRANCK ERWIN. W sprawie gorączki miesięczkowej u gruźliczych kobiet.

Wszelki objaw, mogący ułatwić wczesne rozpoznanie gruźlicy, posiada wielką wartość praktyczną. Do rzędu tych objawów autor zalicza występowanie gorączki podczas miesiączkowania. Na objaw ten zwrócili uwagę w roku zeszłym niezależnie od siebie SABOURIN i KRAUS. Pierwszy uważa każdą kobietę, gorączkującą podczas miesiączkowania, za gruźliczą, drugi zaś twierdzi, że podniesienie temperatury o parę dziesiętnych stopnia zdarza się i u zdrowych kobiet, u gruźliczych zaś bywa ono większe, nie-

kiedy nagle. Autor przypomina, że już w r. 1901 zwrócił był uwagę na rzeczony objaw; dokonane od owego czasu spostrzeżenia pouczyły go, że przedewszystkiem w celu dokładnego stwierdzenia tak niewielkich wzniesień temperatury należy mierzyć ją wyłącznie *in recto*, gdzie *maximum* normalnej temperatury wynosi, jak to wynika z badań autora w tym kierunku, 37,5°. Parę dziesiątych powyżej tej cyfry uważać należy za gorączkę. Autor nie zgadza się z KRAUS'em, jakoby i „zdrowe” kobiety niekiedy gorączkowały podczas miesiączkowania, twierdzi, że zdarza się to jedynie u tych, u których narządy płciowe nie są zupełnie wolne od starych, może i niezupełnie wygasłych spraw zapalnych. Z chwilą, gdy ostatnie mogą być wyłączone, a podniesienia ciepłoty podczas miesiączkowania powtarzają się, przy tem zaś chora jest anemiczna, szczupła, w dodatku istnieje pewne obciążenie dziedziczne, należy traktować ją jako gruźliczą. Należyta ocena znaczenia omawianego zjawiska należy do przyszłych badań, dokonanych na wielkim materiale (np. w sanatoryjach), lecz już i obecnie posiada ono tę wartość, że nakazuje baczność i ścisłą kontrolę w odnośnych przypadkach.

(Berlin. klin. Woch. 1905. N. 42).

S. B.

45. MAX COHN. Znaczenie promieni Roentgena dla leczenia limfatycznych mięsaków.

Autor, który dowiódł braku wpływu promieni ROENTGEN'a na gruźlicze limfomaty, miał możność stwierdzenia niezwykle pomyślnych rezultatów leczenia promieniami ROENTGEN'a pierwotnych limfosarkomatów szyi — cierpienia, nie poddającego się ani leczeniu chirurgicznemu, ani wprowadzonym przez wybitnych chirurgów, a tem samem świadczącym o niemocy chirurgii w tej chorobie iniekcjom arseniku. Pacjenci autora (w liczbie 5) byli poprzednio operowani, a niektórzy i leczeni arsenikiem — bezskutecznie. Z nich 2 jest uleczonych od 5, względnie 7 miesięcy, 3-ci uleczony, lecz pozostaje jeszcze w kuracji, 4-ty jest już bliski wyzdrowienia, u 5-go zaś po przemijającej znacznej poprawie autor wbrew woli chorego przerwał kurację wobec braku widoków na wyleczenie zupełne. Jedynie przy bardzo intensywnem naświetlaniu otrzymuje się wyniki pomyślne,

już po 4-tygodniowym leczeniu można wywnioskować, czy skutek będzie zupełny, czy też otrzyma się jedynie poprawę. Dobroczynnemu wpływowi promieni R. ulegają jedynie gruczoły powierzchowne, a więc przedewszystkiem znajdujące się na szyi, gdy tymczasem limfomaty śródpiersia, do których promienie przedostawać się muszą po przez kości, nie poddają się leczeniu. Na szczęście zazwyczaj przez długi okres czasu pozostają limfomaty ograniczone do szyi, wtedy też wyniki leczenia przedstawiają się najpomyślniej. Dla zabezpieczenia skóry przed wytworzeniem się owrzodzeń autor wprowadził pewne ulepszenia w technice, dzięki którym widywał co najwyżej pigmentację lub zaczerwienienie skóry. Skonstruował też przyrządy, które wprowadzone do jamy ustnej lub nosowej, umożliwiają naświetlanie guzów migdałków i jamy nosogardzielowej, pojawiających się w przebiegu limfosarkomatu. Co się tyczy teorii działania promieni R., to autor powołuje się na doświadczenia HEINECKE'go, które dowiodły, że tkanka limfatyczna zdrowych zwierząt ulega zwyrodnieniu pod wpływem promieni R. Zarazek (autor jest zwolennikiem infekcyjnej teorii pochodzenia choroby) prawdopodobnie z jamy ustnej (może przez migdałki) przedostaje się do gruczołów szyjowych, gdzie przez dłuższy czas pozostaje umiejscowionym, nim następują właściwe zmiany krwi, typowe dla pseudoleukemii (którą autor uważa za daleko posunięty okres złośliwych limfomatów). Dzięki zwyrodnieniu miejscowych gruczołów limfatycznych, wskutek działania promieni R., zniszczonym zostaje grunt, na którym zarazek się pleni. W trakcie leczenia, zwłaszcza jeśli jest ono długotrwałe, występuje obrzmienie śledziony, które znika w pewien czas po zaprzestaniu stosowania promieni. Autor tłumaczy to zjawisko jako przerost zastępczy wskutek nadmiaru czynności, spowodowanego przez zwyrodnienie tkanki limfatycznej gruczołów, wystawionych na promienie R. Jeszcze w jednym kierunku biegną uwagi autora. Jak wiadomo, rak szerzy się drogą narządu limfatycznego; możliwem jest — w przypuszczeniu, że istotę raka stanowi zarazek — że i tu gruczoły limfatyczne odgrywają jedynie rolę podatnego gruntu odżywczego, którego zniszczenie przy pomocy promieni R. zwiększyłoby szanse wyleczenia. W tym sensie tłumaczy sobie autor przy-

padek przerzutu rakowego w gruczole, wielkości jaja kurzego (pierwotny rak w sutce), z następczym zastojem krwi i limfy w ramieniu, w którym promienie R. usunęły wszystkie te objawy, gdy, jak wiadomo, raki, drażące wgłąb, na promienie te wcale nie reagują. Proponuje też autor, aby w przypadkach po operacji raka sutki stosować w ciągu paru miesięcy naświetlanie jamy pachowej (niezależnie od tego, czy gruczoly w niej zostały wyluszczone lub nie), nad i podobojczykowej i porównać rezultaty tego postępowania (naturalnie jedynie w kierunku nawrotów w gruczolach) z dawną statystyką.

(Berlin, klin. Woch. N. 1. 1906).

S. B.

46. R. STEGMAN. Przyczynek do leczenia choroby Basedow'a promieniami Roentgen'a.

Autor wyleczył 3 przypadki choroby Basedow'a promieniami Roentgen'a. W jednym przypadku choroba trwała już 5 lat, drugi przypadek był świeży, trzeci zaś, którego historię choroby autor podaje, jest tem interesujący, że inne metody leczenia (strofant, rodagen, surowica MOEBIUS'a, elektryzacja) nie wywierały

nań żadnego skutku. Po 7 naświetlaniach (i parutygodniowym pobycie na wsi, nie w górach) minęły wszystkie objawy: tętno ze 130—150 spadło do 88, bicie serca, drżenie ustało, miejsce rozlanego, miękkiego, tętniącego wola zajęł normalny gruczoł tarczowy, chorej, która straciła była na wadze przeszło 17 kilo, przybyło 20 kilo. U żadnej z chorych nie wystąpiły objawy *thyreoidismus*, co zresztą nie miało miejsca i u 35 chorych na wole, leczonych przez autora promieniami R. Autor stosował naświetlanie co kilka dni w ciągu kilkunastu minut; radzi jednak w każdym przypadku postępować stosownie do zaobserwowanych zmian. W sensie teorii MOEBIUS'a, której potwierdzeniem mogłyby poniekąd służyć otrzymane wyniki, można sobie wyobrazić, że przez naświetlanie patologicznie zmienionego gruczolu tarczowego następują zmiany w komórkach nabłonkowych, których rezultatem są pewne ilościowe i jakościowe modyfikacje w sekrecyi gruczolu.

(Wiener klin. Woch. N. 3. 1906).

S. B.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 31 października 1905 r.

TREŚĆ: Gałęcki Stanisław — „Ciśnienie krwi w przebiegu suchot płucnych“.

St. GAŁECKI — wygłosił rzecz p. t. „Ciśnienie krwi w przebiegu suchot płucnych“.

Praca ta drukowana jest obecnie w „Medycynie“.

Posiedzenie z dnia 21 listopada 1905 r.

TREŚĆ: 1) Sławiński — Przedstawienie chorego po exstirpatio laryngis — dokonaanej z powodu raka. 2) Leśniowski — Kilka słów w sprawie złożeń w budowie organów moczowych.

1) SŁAWIŃSKI przedstawia 41 - letniego chorego, operowanego przezeń 10. X. 1905 roku

z powodu *carcinoma laryngis*. Guz w obrazie wziernikowym wydawał się małym i leżał pod struną prawdziwą prawą. Oprócz chrypki, istniejącej od lat kilku, dołączyła się w ostatnich czasach duszność. Gruczoly szyjowe niewyczuwalne. 2. X. wykonana została tracheotomia *inferior*. 10. X. *laryngofissura*: guz w kształcie kalafiora wypełnia światło krtani; zajmuje on przednią, prawą oraz tylną powierzchnię śluzówki na przestrzeni od strun do poziomu dolnego brzegu chrząstki obrączkowej. Wobec tego S. dokonał wyluszczenia krtani (chrząstki przez nowotwór nie przerośnięte). Po wycięciu trzonu kości gnykowej, brzegi śluzówki gardzieli zaszyto całkowicie katgutem (*plaryngoplastica*),

Chory po operacji był w stanie połykać pokarmy płynne, na drugi dzień również stałe oraz mógł po cichu mówić. Po 5 dniach jednak pokarmy zaczęły się przedostawać na zewnątrz obok rurki. 20. X. S. zaszył ponownie brzegi szczeliny, powstałej zapewne wskutek przedwczesnego wessania się szwów katgutowych — tym razem dwupiętrowym szwem jedwabnym. Przez 2 dni chory karmiony był przez zgłębnik żołądkowy, pozostawiony na stałe, potem wprowadzał sobie sam zgłębnik, a po tygodniu zaczął połykać pokarmy płynne i stałe; od tej również pory zaczął znowu mówić. Obecnie lyka on bez przeszkód, a mowa staje się coraz wyraźniejsza; jest on nawet w stanie czytać innym chorym głośno gazety. Przypuszczać wolno, że stopniowo mowa będzie głośniejsza — GLUCK w Berlinie przedstawił chorego po wyluszczeniu całkowitem krtani, który bez żadnej krtani sztucznej nie tylko mówił głośno, lecz podobno i śpiewał.

2) LEŚNIEWSKI wypowiedział: „Kilka słów w sprawie zboczeń w budowie narządów moczowych“.

(Praca ta drukowana była w N. 50, 51 „Medycyny“ z r. z.).

Posiedzenie z dnia 28 listopada 1905 r.

TREŚĆ: 1) Rzętkowski Kazimierz — Przedstawienie preparatów mikroskopowych z krętkami Schaudinn'a i Hoffmann'a. 2) Wilezyński Tadeusz — „O cytologicznem badaniu prześięków i wysięków i płynu mózgodzeniowego“. 3) Kijewski Stanisław — Przedstawienie oesophagoskopu i pokaz użycia go na żywym człowieku.

1) RZĘTKOWSKI przedstawił preparat mikroskopowy z blademi krętkami SCHAUDINN'a i HOFFMANN'a. Preparat zrobiono z krwawego soku lepieża płaskiego od chorego, który zaraził się przymiotem przed pół rokiem i nie leczył się wcale. Widać na nim bardzo wiele krętków. Są też spirochetæ refring. Utrwalono preparat w wysoku (20 min.), barwiono roztworem Giemzy rozcieńczonym wodą (1 : 20) (3 godz.).

2) WILCZYŃSKI Tadeusz wygłosił rzecz p. t. „O cytologicznem badaniu prześięków i wysięków oraz płynu mózgo-rdzeniowego“.

Prelegent zaznacza na wstępie, że pierwsze próby różniczkowania i rokowania w sprawach wysięków opłucny i otrzewny, opierające się na badaniu składników morfotycznych wy-

pocin, podjęte były przez badaczy polskich KORCZYŃSKIEGO i WINIARSKIEGO w r. 1896.

Badania ich jednak nie rozstrzygnęły sprawy rozpoznawania etiologii wysięków. Właściwym twórcą cytodyagnostyki jest WIDAL, który spostrzegł, że wysięki gruźliczego pochodzenia dają osad, składający się wyłącznie lub prawie wyłącznie z limfocytów, wysięki zaś pochodzenia niegruźliczego dają osad, składający się z neutrofilów. Te same wzory spotykał WIDAL i w płynie mózgodzeniowym w zapaleniach opon mózgowych. Liczni autorowie potwierdzili spostrzeżenia WIDAL'a, choć są opisane oddzielne przypadki, gdzie wzory te zawodziły.

W prześiękach mechanicznych spotykano, prawie wyłącznie śródbłonki, w wysiękach gruźliczych wyjątkowo tylko można je było spotkać. Limfocytoza w płynie mózgodzeniowym okazała się także swoistą we wszelkich cierpieniach mózgowia i opon, mających etiologię w przymiocie, jak np. w tabesie, paraliżu postępującym i t. d.

Prelegent zbadał cytologicznie 86 przypadków wypocin opłucny, otrzewny, stawu kolanowego i płynu mózgodzeniowego. Wysięki, które były pochodzenia nie gruźliczego, dawały osad neutrofilowy, gruźlicze zaś dawały limfocytozę. Prześięki mechaniczne dawały osad, składający się prawie wyłącznie ze śródbłonek. W tabesie autor skonstatował limfocytozę w 70%. Płyn mózgodzeniowy w starych hemiplegiach, durze, zapaleniu płuc włóknikowem, zapaleniu nerwów nie zawierał pierwiastków morfotycznych.

Prelegent zwraca uwagę na konieczność cytologicznego badania każdego przypadku wysięku opłucny i płynu mózgodzeniowego przy zajęciu opon.

MUTERMILCH Stanisław twierdzi, iż cytologiczne badanie wysięków stanowi niewątpliwie bardzo cenny nabytek dyagnostyczno-kliniczny. Aczkolwiek za właściwych twórców tej metody uchodzą powszechnie WIDAL i RAVAUT, to jednakże pierwsze wogóle prace, dotyczące rodzaju białych ciałek krwi w płynach wysiękowych, wyszły z pod pióra polskich badaczy, mianowicie KORCZYŃSKIEGO i WINIARSKIEGO.

Co się tyczy stosunku limfocytozy do gruźlicy, to, zdaniem mówcy, nie można wniosku formułować w ten sposób, iż limfocytoza prze-

mawia za gruźliczą naturą wysięku, brak zaś limfocytozy wyłącza charakter jego gruźliczy. O ile bowiem pierwsza połowa tego wniosku jest niezaprzeczenie słuszną, o tyle na drugą zgodzić się nie można. Z limfocytozą rzecz się ma tak samo, jak z wieloma innymi metodami diagnostycznymi, a mianowicie, iż tylko dodatni wynik posiada znaczenie decydujące.

Mówca przytacza nadto ciekawe wnioski, do jakich doprowadziło FROIN'a i RAMOND'a obliczanie liczby białych ciałek w mm. sześciennym. Autorowie ci stwierdzili mianowicie, iż w pierwszym okresie (wielojądrowym) zapalenia gruźliczego opłucny równocześnie z przybywaniem płynu liczba białych ciałek ulega stopniowemu zmniejszeniu, w okresie zaś drugim, t. j. z chwilą wystąpienia limfocytozy, płyn zaczyna ulegać wessaniu, liczba zaś białych ciałek stopniowo się zwiększa. Oczywiście zatem, iż kilkakrotnie wykonane obliczanie liczby białych ciałek w 1 mm. sześć. będzie przemawiało za przybywaniem płynu, przeciwnie zaś, zwiększanie się liczby białych ciałek będzie dowodem wssania się płynu.

WINIARSKI zwraca uwagę, że nie można mówić o leukocytozie lub przesiekach, gdyż pod tem mianem rozumiemy zwiększenie leukocytów wielojądrowych resp. limfocytów we krwi.

Należałoby zatem wyrażać się, że: w przesięku resp. wysięku przeważają limfocyty resp. leukocyty wielojądrowe.

Następnie mówca zapytuje, czy prelegent znajdował w wysiękach komórki eozynofilowe, i radzi zawsze na nie zwracać uwagę, gdyż tym sposobem wyjaśni się może rola, jaką te komórki w organizmie człowieka odgrywają, i zaznacza, że niektórzy badacze znajdowali je niekiedy w wysiękach i na tej zasadzie starali się wyciągać pewne wnioski co do rozpoznania i co do rokowania.

Wł. JANOWSKI zaznacza, że na zasadzie osobistego rozległego doświadczenia z cytoskopii wysięków i przesieków podziela w zupełności wniosek ostateczny prelegenta co do tego, że formuła limfocytowa osadu popiera bardzo mocno przypuszczenie o gruźliczem pochodzeniu badanego wysięku. Przychyla się jednak do zastrzeżenia St. MUTERMILCHA, że nie jest odwrotnie, t. j. neutrofile w osadzie, o ile nie są bardzo liczne, nie wyłączają bynajmniej z całą stanow-

czością gruźliczego pochodzenia specjalnych przypadków wysięków. Wyjątek stanowią jedynie bardzo liczne ilości neutrofilów, co do których przekonał się J. wielokrotnie, że spotykają się w wysiękach pochodzenia paciorkowcowego, gronkowcowego i pneumokokowego.

RZĘTKOWSKI uznaje wielką wartość diagnostyczną i prognostyczną cytodyagnostyki, mniema, że jednak należy sprawdzać dane, zdobyte tą drogą, innymi metodami, a to w celu przekonania się, że istotnie limfocytoza wysięku odpowiada gruźlicy.

Jako jedną z tych metod zaleca Rz. wstrzykiwanie tuberkuliny chorym po wypuszczeniu wysięku i po ewentualnem wyzdrowieniu ich.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że w kwestyi cytodyagnostyki eksudatów doświadczenie, zrobione u chorych w jego oddziale szpitalnym, doprowadziło go do wniosków analogicznych z poprzedzającymi wywodami. Sądzi jednakże, że wnioski ostateczne, do jakich dochodzi prelegent, są zbyt kategoryczne. W dzisiejszym bowiem stanie wiedzy możnaby jedynie stwierdzić, że obecność przeważnej licz y limfocytów w wysięku przemawia nie na pewno, lecz z pewnem prawdopodobieństwem za naturą gruźliczą płynu, a jedynie razem z innymi klinicznymi danymi można rozpoznać wysięku jako gruźliczy robić.

Co się tyczy próby z tuberkuliną, którą proponuje kol. RZĘTKOWSKI, to S. uważa wogóle stosowanie tego środka w celu diagnostycznym za nieodpowiednie: 1) że obecność reakcyi dodatniej przemawiać może jedynie za obecnością jakiegoś wogóle ogniska gruźliczego w organizmie, a nie koniecznie w pleurze, 2) że reakcyja nie zawsze daje pozytywny wynik, gdyż występuje ona wciąż u zdrowych osobników lub też dotkniętych innymi cierpieniami (syfilis, aktynomykoza i t. p.), a wreszcie że sama przez się próbna iniekcya, nawet w bardzo małej dozie stosowana, może wywołać bardzo poważne zaburzenia, np. długotrwałą gorączkę, zapalenie zrazikowe płuc, a nawet, jak to w ostatnich czasach opisano (SCHIELLE), wywołać ostrą gruźlicę płuc.

KARWACKI na paręset płynów opłucnowych zakaźnego pochodzenia nie spotykał limfocytozy w sprawach innego pochodzenia, jak gruźlicze.

Badania, przeprowadzone w klinice CHAUFFARD'a nad płynami opłucnowymi z limfocytozą, stale wykazywały obecność laseczników gruczliczych w tym płynie, drogą szczepień świnkom morskim.

Polinukleozą stanowi pierwszy krótkotrwały okres wysięków gruczliczych opłucnowych, po którym następuje stała limfocytoza.

DUNIN zastanawia się nad kwestią, czy limfocytoza wysięku upoważnia do rozpoznania jego gruczliczego charakteru? Nie wątpliwie nie cały zużytkowany przez prelegenta materiał zawierał dostateczne dane do rozpoznania tuberkulozy. Jak wiadomo, najpewniejszym kryterium będzie: 1) zaszczepienie płynu wysiękowego śwince morskiej lub 2) wykrycie laseczników KOCH'a w samym wysięku. Tymczasem należy zauważyć, że nawet zastrzyknięcie 20 ctm. sześć. płynu z opłucny przy gruczliczym wysięku nie wywołało u świnki morskiej gruczlicy, jak to mówca mógł sam spostrzegać.

Wytłomaczenie tego zjawiska znajdujemy w inoskopii, która dowodzi nam, że laseczki są pociągane przez skrzep, zatem w płynie samym może nie być laseczników. Dlatego też mówca twierdzi, że, jeżeli spostrzegamy fakt istnienia limfocytozy przy innych danych, niewątpliwie dowodzących gruczlicy, to limfocytoza upoważnia do rozpoznawania gruczlicy, jako zjawisko, stanowi temu towarzyszące.

Większe praktyczne zastosowanie, zdaniem mówcy, ma cytologia w rozpoznawaniu zapaleń opon mózgowych. Metoda ta pozwoliła rozpoznać mówcy *meningitis cerebrospinalis* tam, gdzie absolutnie innych danych rozpoznawczych nie było. Mówca znajdował w gruczołach gruczliczych zawsze limfocyty — i dopiero, gdy zjawiało się ropienie, wtedy występowały neutrofile. Co do proponowanego przez kol. MUTERMILCHA liczenia ciałek w płynach wysięków, mówca zaznacza, że liczenie to można wykonać tylko w osadzie, otrzymywanej przez centryfugowanie, jak to przy badaniu cytologicznym jest niezbędne, a więc żadnych dokładnych obliczeń w ten sposób zrobić nie można, w samym zaś niecentryfugowanym płynie jest znów ciałek ropnych tak mało, że takie liczenie jest niemożliwe.

W odpowiedzi MUTERMILCHOWI prelegent zaznacza, że już WOLF, BARJON, CADE i inni

konstatawali obecność neutrofilów w pierwszych dniach egzystowania wysięku gruczliczego, o czym prelegent w odczycie swoim wspominał. Na liczbę limfocytów prelegent nie zwracał uwagi.

WINIARSKIEMU prelegent odpowiada, iż ciałka eozynofilowe w większej liczbie spotkał raz jeden tylko w infarkcie.

3) Stanisław KIJEWSKI (ambulatoryum szpitala Dz. Jezus) przedstawił oesofagoskop pomysłu Kellinga z Drezna, opisany w 1897 roku w Münch. med. Woch. N. 34.

Przyrząd ten jest zbudowany na podobieństwo palca ludzkiego: jest to rura, złożona z szeregu metalowych członków, połączonych za pomocą nitów, dająca się zginać (przed wprowadzeniem do przelyku) oraz wyprostowywać (po wprowadzeniu), tego ostatniego dokonywa się za pomocą rączki, która wypręża drut, grający rolę ścięgna.

Po objaśnieniu budowy przyrządu K. wprowadził go, przy znieczuleniu kokainowem, do przelyku ludzkiego, poczem, przy oświetleniu zzewnątrz za pomocą ręcznej lampy elektrycznej Casper'a, można było widzieć normalną błonę śluzową przelyku na wysokości bifurkacji. Podczas wziernikowania badany osobnik leży na stole, mającym tak wysokie nogi, by badający mógł stać wyprostowany, co ułatwia zabieg; głowa badanego jest podtrzymywana przytem przez pomocnika w takim położeniu, aby jama ustna, gardziel i przelyk tworzyły razem prostolinijny kanał. Podczas wprowadzania przyrządu do przelyku badany siedzi na stole.

T. Korzon.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej
z dnia 16 lutego 1906 r.

1) MONSIORSKI Z. przedstawił otrzymane przy ostatnich dwu cięciach brzusznych preparaty: *hydrosalpinx* wielkości średniej pięści i torbiel wielokomorową lewego jajnika. Charakterystycznym było to, że w obu przypadkach chore prawie żadnych skarg nie podawały, pomimo że w pierwszym przypadku musiały istnieć od dość dawna sprawy zapalne, które do-

prowadziły do zarośnięcia brzusznego otworu jajowodu, a w drugim przypadku były znaczne zrosty oraz wybitne objawy zapalenia otrzewny.

2) NEUGEBAUER Fr. przedstawił szereg drobiazgów ginekologicznych:

a) Metreurynter LEHMANN'a, który się przedstawia, jako balonik z czarnej gumy jajowatego kształtu, osadzony na metalowej, ale elastycznej dość długiej rękojeści. Przy dolnym końcu tej rękojeści znajduje się otwór dla wstrzykiwania wody do baloniku oraz kranik do zamknięcia.

b) Lampkę elektryczną w kształcie krótkiego ołówka ze sznurkiem, łączącym ją z suchym akumulatorkiem kieszonkowym, która doskonale nadaje się do badań ginekologicznych.

c) Szpilkę od włosów, kilka dni temu wydobytą z pęcherza 20-letniej panny pod chloroformem bez uprzedniego rozszerzenia cewki. Szpilka leżała w pęcherzu tak, że kolanko było u góry.

Kol. N., uchwyciwszy jeden z wolnych końców zwyczajnymi kleszczykami, wskazicielem lewej ręki, do głębi pochwy wprowadzonym, zepchnął kolanko szpilki ku dołowi, poślizgując się kleszczykami wzdłuż uchwyconego wolnego końca aż do samego kolanka szpilki; dokonał więc obrotu dwuręcznego szpilki wewnątrz pęcherza, a potem, pociągając za kolanko, z łatwością wyciągnął bez jakiegokolwiek pokaleczenia chorej.

d) 5 fotografii, dotyczących najnowszego spostrzeżenia „*erreur de sexe*” d-rów de BEURMANN'a i RUBINOWICZA w Paryżu.

Spostrzeżenie to, doskonale opisane, należy do bardzo ciekawych, dowodząc jasno, że zniekształcenie organów płciowych przy obojnactwie nie jest bynajmniej anomalią miejscową, pozostała wskutek jakiegokolwiek przeszkody mechanicznej podczas rozwoju płodu, lecz objawem częściowym ogólnej degeneracji somatyczno - psychicznej pochodzenia centralnego, która to degeneracja nieraz dotyczy nie tylko danego osobnika, lecz i braci, sióstr, rodziców i t. d.

e) Zmacerowany płód pozamacieczny, który sponte wydzielił się *in vaginam* po otworzeniu zatoki DOUGLAS'a w przypadku ciąży za-

macicznej lewostronnej u chorej, która, gorączkując od trzech miesięcy, przybyła do szpitala w stanie rozpaczliwej *pyaemii* i charłactwa.

f) Torbiel jednego jajnika, usuniętą na drodze cięcia brzusznego u ciężarnej od 5 miesięcy kobiety. Istniejący katar oskrzeli wskutek narkozy znacznie się pogorszył. Kaszel przez dwie doby bardzo dokuczał pomimo stosowania narkotyków. Dopiero terpina z kodeiną nieco go złagodziły. Chora wyzdrowiała. Mocny kaszel nie wywołał ani rozejścia się szwów, ani nie przerwał ciąży.

3) GRZANKOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy”.

Prelegent streścił badania anatomo - patologiczne SEELIG'a, FRANQU'a, ROUPPEL'a, THEILHABER'a, dotyczące się szerzenia raka z części pochwowej i szyi na trzon macicy, i zużytkował te wiadomości dla potrzeb klinicznych, mówiąc o złośliwości raka części pochwowej, szyi i trzonu.

Opisał następnie badania anatomo - patologiczne KEIMANN'a, KUNDELT'a, PANKOW'a i innych w kwestyi przechodzenia raka z macicy na przymacicza i określił możliwość klinicznego rozpoznania zajęcia tkanki przymacicznej na podstawie danych statystycznych z rozmaitych klinik oraz znaczenie cystoskopii w tym względzie.

Przytoczył zdania rozmaitych autorów w kwestyi usuwania tkanki przymacicznej i w jakiej rozległości przy doszczętnych operacjach raka macicy. Opisał przebieg naczyń chłonnych, wychodzących z narządów płciowych niewieściech, na podstawie najnowszych prac SAPEY'a, POIRIER'a, BRUNN'a i PEISER'a.

Przedstawił dane statystyczne anatomo - patologiczne i kliniczne, dotyczące się szerzenia raka w gruczołach i wogóle przerzutów tak drogą chłonną, jak krwiobieg i przeszczepienia. Omówił rozpoznawanie kliniczne przerzutów i kwestyę możliwości doszczętnego wyluszczenia gruczołów, przytaczając wyniki najnowszych prac SCHAUTA'y, WERTHEIM'a i innych.

W drugiej części swej pracy GRZANKOWSKI zajął się danymi klinicznymi, mającymi wpływ na wybór tej lub owej operacji i mówił o znaczeniu wieku, ciąży, okresu poporodowego i wo-

góle stanu zdrowia pacjentek w związku z przeciętnym czasem trwania rozmaitych metod operacji.

Wreszcie poruszył kwestyę samoobrony organizmu i wygasania żywotności minimalnych

zarodków raka w tkankach organizmu przy warunkach, niesprzyjających egzystencji. (Auto-referat).

M. Rytko.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HIRSCHBERG opisuje jedyny w swoim rodzaju przypadek pomyślnego wydobycia opilki żelaznej z brodawki nerwu wzrokowego. 26-letniemu ślusarzowi wpadła opilka do prawego oka; po miesiącu chory zaczął wprawdzie pracować, lecz cierpiał na ból w tem oku i tejże połowie głowy. Badanie wykryło opilkę w brodawce. W dolnej części ciała szklistego w poliżu siatkówki było sinawe zmętnienie. Miejsce wdrażenia opilki widoczne było w dolno-zewnętrznym kącie rogówki, w białkowie, pod postacią bliznki poprzecznej. Oko ławilo i było wrażliwe na światło; objawów zapalnych nie było. Siła widzenia $\frac{5}{10}$, a pole widzenia okazywało skotomat, odpowiadający umiejscowieniu opilki. Oko lewe było zdrowe. Po znieczuleniu oka holokainą autor przyłożył koniec magnesu ręcznego do skroniowej strony gałki, na równiku, następnie na krótko przyłożył do tegoż miejsca duży elektromagnes. Lus-

terko wskazało, iż opilka opuściła swe łóże, a ponieważ nie można jej było dostrzedz na dnie oka, zatem przeniosła się ku przodowi od równika oka. Wtedy skierowano magnes ku brzegowi skroniowemu rogówki; chory uczył ból, a po za tęczę pokazała się opilka. Doprowadzono ją tymże magnesem do źrenicy, przez którą wyprowadzono ją do komory przedniej, a po rozcięciu dolnego brzegu rogówki opilkę wyciągnięto małym magnesem. Miała ona 2,5 mm. długości, 1,5 szerokości, ważyła 4 mgrm. Chory szybko odzyskał zdrowie, po 4 tygodniach siła widzenia podniosła się do $\frac{5}{7}$, skotomat centralny znikł, a brodawka na całej przestrzeni, wyjąwszy dolną $\frac{1}{3}$, pokryta była cienką, sinawo-białą nowo-utworzoną tkanką. Autor znalazł w literaturze 2 przypadki wdrażenia opilki żelaznej do nerwu wzrokowego, lecz w obu operacja się nie udała, i oko chory stracił.

(Cbl. f. Ang. grudz. 1904).

P.

Wiadomości bieżące.

— XV Międzynarodowy kongres lekarski w Lizbonie.

Do szczegółów podanych w poprzednich naszych ogłoszeniach nie wiele dziś mamy do dodania.

Panowie, którzy zgłosili na ręce skarbnika względnie sekretarza naszego komitetu zamiar uczestniczenia i przesłali ostatniemu należną kwotę, otrzymają niebawem albo już otrzymali z Lizbony wprost karty uczestnictwa i druki rozmaite.

W sprawie udogodnień podróży Komitet wykonawczy w Lizbonie porobił układy z odnośnymi organami i ogłosił w Nr. 7 biuletynu oficjalnego, który na żądanie prześlemy interesowanym, odpowiednie informacye. Tamże znajdzie wybierający się na kongres podane w języku francuskim dokładne wskazówki co do podróży, warunków korzystania zeńk taryf kolejowych i na statkach.

Tenże komitet pozostawił do rozporządzenia naszego kilka kart bezpłatnych dla przedstawi-

cieli prasy lekarskiej i politycznej. Karty te uprawniać jednak będą tylko do wstępu na salę zebrań i do wzięcia udziału w uroczystościach, urządzanych na cześć kongresistów.

Chcący krzysać z takich kart zechcą się zgłosić do niżej podpisanego.

Zwracamy na to uwagę, że mimo naszej prośby dotychczas komitet narodowy nie otrzymał żadnego zawiadomienia od instytucji korporacji naukowych, kto będzie ich reprezentantem na kongresie. Przedewszystkiem winny o tem pamiętać wydziały lekarskie uniwersytetów.

Zaznaczamy, że Niemcy będą miały reprezentowanych 24 instytucji i towarzystw naukowych. Austro - Węgry 12, Rosya zgłosiła 7 towarzystw. Z naszych towarzystw podaje biuletyn jedynie Tow. Higieniczne warszawskie bez delegata i Tow. Lek. Warszawskie z delegatem d-rem DUNINEM.

W końcu dodajemy, iż w Lizbonie w dziale, przeznaczonym dla sekcji okulistycznej, sala 21 na parterze gmachu szkoły medycznej będzie punktem zbornym dla polskich członków, a stosowne ogłoszenie oznaczy godzinę, w której interesowani będą mogli spotykać znajomych, względnie otrzymywać informacje.

Komitet gospodarczy w uprzejmy sposób przyrzekł nam na żądanie udzielić sali w razie większego jakiego zgromadzenia polskich członków kongresu.

Zapewnić trzeba sobie w czas pomieszkanie, zgłaszając się pod adresem: Mr. Manoel José da Silva, Palacio Foz Praca dos Restauradores, Lisbonne. Zgłaszający się otrzymają tymczasowy bilet kwaterunkowy (bon de logement provisoire), a przybywszy do Lizbony, winni w biurze kwaterunkowym na dworcu (la gare du Rocio, pierwsze piętro) zamienić takowy na bilet ostateczny, który otrzymają po zapłaceniu kwoty, należącej się za cały pobyt w czasie kongresu.

Przesyłając to ostatnie słowo od Komitetu polskiego, łączymy życzenie, aby polski udział, jeżeli nie liczebnie, to jakościowo zaznaczył się w pracy naukowej.

Do widzenia w Lizbonie.

Prof. d r B. WICHERKIEWICZ, prezes polskiego komitetu narodowego dla XV kongresu międz. nar. lek. w Lizbonie.

Kraków dn. 26/III 1906 r.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w marcu 1906 r.

Gazeta Lekarska.

N. 8. 1) Dyonizy Hellin. O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego tudzież uwagi o podwójnej odmie piersiowej.

2) Aleksander Żebrowski. Przyczynek do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego.

N. 9. 1) Romuald Węglowski. Operacja doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej.

2) Aleksander Żebrowski. Przyczynek do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego. (Dok.).

N. 10. 1) J. Pruszyński i J. Siemieński. Badania nad składem żółci ludzkiej.

2) Romuald Węglowski. Operacja doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej (Dok.).

N. 11. 1) Józef Jaworski. Przyczynę do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności.

N. 12. 1) Robert Bernardt. O krętku bladym SCHAUDINN'a w tkankach.

2) Wł. Starkiewicz. Z powikłań tyfusu brzuszego.

3) Józef Jaworski. Przyczynę do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności.

Kronika Lekarska.

N. 5. 1) Jan Sędziak. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa.

2) Walenty Giedgowd. Przymiot pozapłciowy.

N. 6. 1) Motz i Majewski. Przyczynę do anatomii patologicznej nabłoniaków gruczolu krokowego.

2) Jan Sędziak. Przewlekły nieżyt nosa.

3) Walery Giedgowd. Przymiot pozapłciowy.

Krytyka Lekarska.

N 2 i 3. 1) H. Hoyer sen. Teoria i praktyka.

2) Władysław Biegański. Pojęcie przyczyny i związku przyczynowego w biologii.

3) W. W sprawie Wszechnicy Warszawskiej.

4) M. Bornstein. Z powodu pracy d-ra Męczkowskiego o szpitalnictwie.

Zdrowie.

N. 3. 1) Leon Wernie. Ewolucja warunków rozwoju higieny ludowej.

2) Tadeusz J. Łazowski i Konrad Siwieki. Życie płciowe warszawskiej młodzieży akademickiej.

3) J. Tchórzniński. Chronieć.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

N. 3. 1) Krzyształowicz. Grzyby chorobotwórcze włosów.

2) F. Malinowski. Choroba Darier'a.

Czasopismo Lekarskie.

N. 2. 1) W. Biegański. Organizacja ziemskiej pomocy lekarskiej.

2) W. Jasiński. Przypadek zakażenia septycznego z zajęciem kilku stawów u tygodniowego dziecka oraz kilka uwag w sprawie zakażeń septycznych u noworodków.

A. Krusche. O ranach postrzałowych zadanych zbliżka. (Dok.).

3) H. Wasserman. W sprawie powstawania gazów w żywych tkankach ustroju oraz o leczeniu ropówki gazowej. (Dok.)

4) J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, W. Łuniewski i S. Borowiecki. Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce.

5) J. Pełczyński i H. Fidler. O cholery. (C. d.).

6) E. Beatus. Dwa przypadki zupełnego przyrośnięcia łożyska do macicy.

Przegląd Felczerski

N. 3 i 4. 1) J. F. Uodparnianie czynne przeciw cholery. (Dok.).

2) A. K. Cięża, zmiany, wywołane przez nią w ustroju kobiety, i dyetetyka tego stanu. (C. d.).

3) W. G. Sposoby przyrządzania lekarstw. (C. d.).

N. 5. 1) K. S. Szkarlatyna.

2) J. F. Celuloid jako dogodny przezroczysty materiał szynowy przy złamaniach dolnej żuchwy.

3) A. K. Cięża, zmiany, wywołane przez nią w ustroju kobiety, i dyetetyka tego stanu. (C. d.).

N. 6. 1) K. S. Szkarlatyna. (C. d.).

2) A. K. Cięża, zmiany, wywołane przez nią w ustroju kobiety i dyetetyka tego stanu. (C. d.).

Przegląd Lekarski.

N. 9. 1) E. Stahr. O zmianach krwi u chorych leczonych sposobem Biera.

2) W. Orłowski. Chlorek barowy, jako środek sercowy.

3) St. Szurek. Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

4) Lemberger. O strofantusie.

5) B. Motz i F. Majewski. Przyczynę do anatomii patologicznej raków stercza.

N. 10. 1) A. Krokiewicz i B. Engländer. Spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w gruźlicy płuc.

2) W. Orłowski. Chlorek barowy jako środek sercowy.

3) St. Szurek. Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

N. 11. 1) V. Chlumsky. Uruchomienie kręgosłupa metodą Klappa i niebezpieczeństwo jego przy leczeniu bocznego skrzywienia kręgosłupa.

2) W. Orłowski. Chlorek barowy jako środek sercowy.

3) St. Sznurek. Napoje wysokokowe jako środek leczniczy.

N. 12. 1) L. Marchlewski. Przemiana chlo-rofilu w ustroju zwierzęcym.

2) Z. Sowiński. Zmiany patologiczno-ana-tomiczne w kilakowym okresie ciąży.

3) St. Szurek. Napoje wysokokowe jako środek leczniczy.

4) W. Orłowski. Chlorek barowy jako środek sercowy.

Nowiny Lekarskie.

N. 3. 1) A. Wrzosek. Znaczenie dróg od-dechowych, jako wrót zakażenia, w warunkach prawidłowych.

2) A. Zawadzki. Stovaina przy znieczu-laniu lędźwiowym.

3) Tomaszewski. Przyczynki do lecze-nia nieżyty oskrzelkowego u małych dzieci.

Postęp okulistyczny.

N. 2. 1) W. Reis. Nieżyt spojówki Pa-rinauda i jego znaczenie dla histogenezy komó-rek plazmatycznych.

Przegląd Higieniczny.

N. 3. 1) A. Gizelt. Zaopatrywanie miast w mleko.

2) K. Panek i F. Szperling. O biologicz-nym sposobie oczyszczania wód ściekowych z

szczególnym uwzględnieniem urządzenia w Sana-toryum piersiowo chorych w Zakopanem. (C. d.)

4) Z. Gorgos. Miasto ogrodowe. (Dok.)
Przegląd Weterynarski.

N. 3. 1) Fried. Nadłamanie kości u ko-ni, jako choroba zwrotowa.

2) Markowski. Opinia wydziału w spra-wie prośby Magistratu miasta Lwowa o zezwo-lenie na przewóz nierogacizny z Rosyi i Rumunii do rzeźni miasta Lwowa.

3) A. Gaska. W sprawie uregulowania dyet i należności za komisye urzędowe i za sek-cye pobieranych przez weterynarzy autonomicz-nych i wolnopracujących.

4) Kulezycki. Referat w sprawie unor-mowania opłat na oględziny kolejowe trzody chlewnej.

5) Z. Markowski. Wyniki współczesnych badań nad gruźlicą. (Dok.)

Głos Lekarzy.

N. 5. 1) Informacje o posadach lekar-skich.

2) Kodeks deontologii lekarskiej. (C. d.)

3) Strajk lekarzy dolno-austriackich.

4) Dziesięciolecie Izb lekarskich. (C. d.)

5) Stosunki zdrowotne miasta Lwowa.

6) Stan szpitali powszechnych w Gali-cyi.

N. 6. 1) Biuro pośrednictwa dla le-karzy.

2) Kodeks deontologii lekarskiej. (C. d.)

3) Dziesięciolecie Izb lekarskich. (Dok.)

4) Partactwo lecznicze w Galicyi. (C. d.)

5) Ukąszenia przez psy we Lwowie.

Od Redakcyi.

Posiedzenie ogólne członków-współwłaścicieli wydawnictwa „Medycyna” odbędzie się w lo-kalu posiedzeń redakcyjnych (Zakład leczniczy d-ra Guranowskiego Nowy-Świat 41) dnia 9 kwietnia (poniedziałek) o godzinie 8-ej wieczorem.

PORZĄDEK DZIENNY.

1) Odczytanie protokołu ostatniego posiedzenia.

2) Sprawozdanie komisji rewizyjnej za rok 1905.

3) Sprawozdanie skarbnika.

4) Wybór przewodniczącego na posiedzeniach redakcyjnych.

SPROSTOWANIE. W „Medycynie” N. 12 str. 230 1-a kolumna wiersz od dołu 14 zamiast „stworzyły” winno być „zburzyły”.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia D-ra K. DOBRSKIEGO

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

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
ładowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra Guranowskiego

Nowy-Swiat 41.

Pokoje dla chorych stałych. Ambulatorium co-
dziennie od 11—1 p. p.



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa
WARSZAWA
Marszałkowska Nr. 137, telefonu 605

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„LAMBIOTTE FRÈRES”

Paris—Bruxelles

Chloroformium purissim.
pro anaesthesiam.

Creosotum fagi purris

Creosotum carbonicum.

Guajacolum carbonicum.

Guajacolum absol. purris
et crystall.

antituberculosa

Guajacolum phosphoric.

Phosote przeciw gruźlicy
płuc

Taphosote (Creosotum
tannophosphoricum).

Creosoform (środek za-
stępujący jodoform bez-
wonny i nietrujący).

Guajafarm.

Tannocreosoform.

Arhine - przeciwko ozae-
nie.

Produkty firmy „Lambiotte Frères” dostać można we wszystkich aptekach, i skła-
dach aptecznych

Generalna reprezentacya i skład:

Dr. B. Löwenstein

Laboratorium
techn.-chemiczne

Warszawa, Bracka 4 (telef. 2533)

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.

Paris 1900 — Grand Prix.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

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

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

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinnej.

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

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jest to naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższym używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

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

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszoi Ochcie w S.-Petersburg.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla dzieci — 1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla dorosłych — 1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cała butelki (8 1/2 uncji) r. l. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcaria)

KURACYA WINOGRONOWA

(Ferments purs de raisins)

przez cały rok, czystym fermentem winogronowym Jacquemin (Ferment pur de raisins Jacquemin). Stosuje się przy braku apetytu, złem trawieniu (dyspepsy), anemii, wrzodach, przyszczech zaczerwienieniu skóry, ekzemie, diabetes i reumatyzmie.

Ferment ten stanowi b. dobry napój, mający doskonały smak świeżego wina. Nawet dzieci przyjmują je chętnie. Zwracać się do aptek lub też bezpośrednio do laboratorium p. Jacquemin który wysyła wino po otrzymaniu przekazu pocztowego; przesyłka bezpłatna. Broszurę objaśniającą wysyła się bezpłatnie tym wszystkim, którzy zwrócą się do G. Jacquemin, à l'Institut de Recherches Scientifiques de Malzeville, près Nancy (Meurthe et Moselle) Malzeville w pobliżu Nancy, Francya.



BAD HALL

GÓRNA AUSTRYA

Kapiele Jodo-bromowe 1-go rzędu

Najstarsze i najskuteczniejsze źródło jodowe w Europie.

W chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, zółtach, w syfilisie nabytym i dziedzicznym i następstwach tegoż, w podagrze reumatyzmie etc. etc. Najnowsze urządzenia kąpielowe. Informacyi udziału. Zarząd kąpielowy.

MERAN SANATORIUM DLA CHORYCH NA PŁUCĄ

(Wille Hungaria).

Szczegóły w prospektach

Lekarze zakładowi: Dr. G. Gara i Dr. Julius Stein.

Mamusia zasała uklony

ale, proszę Pana, nie mogłem przyjść do szkoły, bo miałem okropny kaszel i chrypkę. „Tak“, powiada nauczyciel, „pokłoń się pięknie Twojej Mamusi i powiedz, że to już nie jest usprawiedliwieniem, od czasu gdy istnieją

Pawdziwe Sodeńskie Mineralne

Pastyłki Fay'a

kosztują tylko 70 kop. Pastyłki te należy przyjmować podług załączonego do pudełka przepisu, a wówczas przekonacie się państwo, że bardzo prędko wszystko będzie znowu w porządku. Bądź zdrów, chłopczel Niech mamusia ci zawsze pilnie daje „Sodeńskie Fay'a“.

Składy główne: Tow. Akc. Ludwik Spiess i Syn, Henryk Welt i E. Skomrowski w Warszawie.

Zarząd na Cesarstwo: F. Szarff, Warszawa, Królewska 18.

P.p. Lekarzom wysłać się na żądanie próbne pudełka pastylek i literaturę bezpłat. i franco.

YOHIMBIN SPIEGEL

środek przeciwko przedwczesnemu osłabieniu nerwowemu.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

„Lecythyna naturalna, wydobyta z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym stanie związków organicznych o szczególnie energicznem działaniu, którem się odznaczają wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące.

PIGUŁKI CLIN'A zawierające Lecythynę naturalną chemicznie czystą
OTOCZONE CIENKĄ WARSTWĄ BIAŁKA ROŚLINNEGO.

Ilość: 0 gr. 05 cent. Lecythyny w każdej pigułce. — Doza: 2 do 6 pigułek dziennie.

GRANULE CLIN'A zawierające Lecythynę naturalną chemicznie czystą
ŁATWY DO ZAŻYWANIA, GŁÓWNIĘ SIĘ ZALECA U DZIECI.

Ilość: 0 gr. 10 cent. Lecythyny na łyżeczkę od kawy. — Doza: 1 do 3 łyżecz. od kawy dziennie.

ROZTWÓR CLIN'A zawierający Lecythynę naturalną chemicznie czystą
DO WSTRZYKIWAN PODSKÓRNYCH.

Roztwór w sterylizowanej oliwie zawierający dokładnie 0 gr. 05 cent. Lecythyny w jednym centymierze sześciennym. — Jedno wstrzyknięcie dziennie.

Wskazówki terapeutyczne { **NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIEŃ, ZMĘCZENIE, RACHITYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.**

DOZY DLA DZIECI: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

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

Główny Skład: Fr. Karpiński, Warszawa. Elektoralna 35 tel. 600.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH przy aptece

FR. KARPINSKIEGO

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 REPRESENTACJA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

HAEMATOGEN

(Haemoglobinum depur). Przygotowuje w następujących formach.

Haematogen płynny (Hematog. liquid.) flaszka rb. 1 kop. 20.

Czekoladki Haematogenowe 0,5 pudełko Rb. 1 kop. 20.

Wino Haematogenowe (Vinum hematogen) na Maladze flaszka rb. 1 kop. 50.

Dragées Haematogen 0,2 c Cacao obductae. flakon rb. 1 kop. 50.

Tabletki Haematogeni 0,2 c Cacao paratae „ rb. 1 kop. 50.

Flaszka zawiera około 250 gramów tak wina jak i płynu, a flakon tabletek lub dragées po 100 sztuk, pudełko czekoladek 40 sztuk. Dragées i tabletki zawierają Haematogenum siccum w takim stosunku, że 5 pigułek lub tabletek odpowiada jednej a czekoladka pół łyżce stołowej Haematogenum liquidum.

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

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 kop. 10, na 1-ej i ostatniej stronnicy k. 20

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungla, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — 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.

Tannigen Trional Salophen	Maretin Nowe Antipyreticum w gorączkach wszelkiego rodzaju, w gorączce suchotników I i II okresu. Powolny spadek ciepłoty. Nie wpływa na apetyt. Dawka: 0.25 g. 1—2 razy dziennie.	Helmitol Creosotal Duotal.
Aspirin Najlepiej zastępuje salicylaty, smak przyjemny—kwaśny, prawie wolny od działania ubocznego. Dawka: 0,5—1 g. 3—5 razy dziennie. Antirheumatica: MEZOTAN zewnątrznie. ASPIRIN wewnątrznie.		Veronal Nowe Hypnoticum. Odznacza się siłą i pewnością działania, wolne od ubocznych szkodliwych działań. Bezwonne i prawie bez smaku. Średnia dawka: 0,5 — 0,75 — 1 g. przyjmować w gorących płynach.
Aristochin Heroin hydrochlor. Theocin	Citarin Derywat Formaldehydu, rozpuszczający kwas moczowy Nowy środek przeciw podagrze. Dawka: 2 g. 3 — 4 razy dziennie (pierwszego dnia 5 razy). Tabletki citariny a 1 i 2 g. Nr. X „Oryginalne opakowanie Bayer“.	Hedonal Żelazo- Somatoza. Agurin

Skład instrumentów chirurgicznych

S. ERLICH i A. LUXENBURG

Warszawa, Sienna Nr. 9, telefon. Nr. 62—95.

Posiada na składzie: sterylizatory, przyrządy bakteriologiczne, meble operacyjne, ochładzające aluminiowe na głowę, serce i krzyż oraz dostawa mikroskopów, akumulatorów, wszelkich aparatów elektrycznych i ortopedycznych znanych fabryk zagranicznych. Wysyła pocztą za zaliczeniem.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna

87 CZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny i orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniczy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

**Racyonalne le-
 czenie fosforem**

RHOMNOL

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

NA ZASADZIE CZYSTEGO KWASU NUKLEINOWEGO, PRZYGOTOWANEGO PRZEZ
 D-RA LEPRINCE

C⁴⁰H⁵⁴Az¹⁴O²⁷P⁴

WSKAZANIA: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—Anemia—Uwład starczy.

Dawka: 4—10 pigułek dziennie po jedzeniu D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.

LE VALERIANATE de PIERLOT

(Waleriano kwaśny amoniak Pierlot.)

Działa uśmierzająco przy chorobach nerwowych jak:

NEWROZY

NEWRALGIE

NEURASTENJE

**DOZA 2 lub 3 kuleczki od herba-
 ty, rano i wieczorem do 1/4 części
 szklanki wody ocukrzanej.**

LITERATURA: Bouchardat, Tr. Pharm., strona 300.

Gubler, Com. du Codex. strona 813. Trousseau, Thérap., page 214.

Charcot, Cliniques de la Salpêtrière.

Lancelot et Co. Rue St. Claude, Nr 26, Paris.

Główny przedstawiciel na całą Rosję W-ny **P O M M I E R.**

St. Petersburg, Sergiejewska Nr. 17.

Składy w St. Petersburgu: Sztol i Szmidt, ulica Gogola № 11,
 i w Rosyjskiem Towarzystwie Farmaceutycznym, Kazańska № 12.

Wstrzykiwania podskórne wyjałowione

W I C. C.

Stovainum 0,05

Tuberculinum Kochii 0,001—0,002

Tuberculinum Kochii 0,005—0,01

PRZYGOTOWAŁA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

