

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXxV.

naderwaniu, tak, że uszczerbek ściany stał się głębszy. Nasunąć się może również inne przypuszczenie, polegające na tem, że w okolicy dna pozostał kawałek łożyska, który później uległ sposoczeniu. Wskutek tego rozwinęło się ograniczone *metritis dissecans*, po którego wyleczeniu pozostało płytkie zagłębienie w ścianie macicznej. Z początku miało ono pewne rozmiary, lecz z chwilą zwinięcia się macicy zmniejszyło się znacznie. Pozostało jednak w postaci przewodu przetokowego, który prowadził do jamy macicznej. Na dnie takiego pęknięcia lub podobnej przetoki wypadkowo przy następnej ciąży zagnieżdżyło się jajo. W kilka tygodni po zagnieżdżeniu się jaj worek płodowy, prawdopodobnie, wyglądał jak obrzmienie guzowate, usadowione na dnie macicy. Pęczki mięśniowe dna macicznego tworzyły ściany worka płodowego. Ponieważ jajo usadowiło się na dnie pęknięcia, względnie uszczerbku, jama jajowa stanowiła właściwie wypuklinę jamy macicznej. Stosunek ten przetrwał aż do końca ciąży, tak że obie te jamy łączyły się ze sobą.

Uzasadniając słusność swego rozpoznania, SCHICKELE podnosi tę okoliczność, że więzy obłe w jego przypadku przyczepiały się z obu stron do kątów jajowodowych i w przebiegu swym nie były zmienione, co ma wyłączać możliwość ciąży śródmiąższowej oraz ciąży w rogu szczątkowym. W obu tych bowiem przypadkach, według SCHICKELE'go, wiąż obły, odpowiadający ciężarnemu kątowi jajowodowemu, względnie ciężarnemu rogowi szczątkowemu, byłby mocno wyciągnięty i przesunięty ku szczytowi worka płodowego. Nadto os podłużna worka płodowego w przypadku rzeczonym przypadała prawie w płaszczyźnie strzałowej. W razie zaś ciąży śródmiąższowej, twierdzi SCHICKELE, worek płodowy byłby położony ukośnie ku zewnątrz i ku górze.

Nie potrzebuję, zdaje się, dowodzić, że przytoczone dane rozpoznawcze mają wartość

wielce problematyczną, zwłaszcza w stosunku do ciąży śródmiąższowej w dnie macicznym, o którą głównie nam chodzi. Nie zaprzeczając bynajmniej, że SCHICKELE miał istotnie do czynienia z ciążą w uchyłku macicy, pozwolę sobie twierdzić, że nie zdołał on ustalić oznak niezawodnych, pozwalających odróżnić rzeczoną postać ciąży od ciąży śródmiąższowej w dnie macicy. Tym sposobem sprawa rozpoznania różniczkowego pomiędzy obu temi postaciami ciąży nieprawidłowej dotychczas pozostaje w zawieszeniu.

Nad *rozpoznaniem klinicznym* ciąży śródmiąższowej nie mam zamiaru długo się rozwodzić. Ponieważ jest to sprawa, której odróżnienie częstokroć nastęrcza trudności nietylko po otwarciu jamy brzusznej, lecz nawet na stole sekcyjnym, o ścisłem przeto jej rozpoznaniu klinicznym nie może być mowy. Co najwyżej można tu myśleć o rozpoznaniu domniemanem i to tylko wtedy, kiedy nie zachodzą szczególne okoliczności, wysoce utrudniające sprawę rozpoznania. Do tych okoliczności należy przedewszystkiem nagły krwotok wewnątrzny, który zupełnie uniemożliwia badanie dokładne, a następnie rozległe zrosty zapalne, całkowicie zacierające stosunki. Wielce niekorzystnym dla rozpoznania czynnikiem jest nadto śmierć płodu, jak również przedłużenie jego życia poza zwykły w tego rodzaju przypadkach okres czasu. Śmierć płodu bowiem pociąga za sobą ustąpienie znamiennych objawów ciąży, długotrwałe zaś rozwój płodu wyłącza poniekąd ciążę śródmiąższową, jako zjawisko zgola wyjątkowe.

A zatem rozpoznanie domniemanie ciąży śródmiąższowej jest poniekąd możliwe tylko wtedy, kiedy nastęrcza się przypadek, niepowikłany obfitym krwotokiem i rozległymi zrostami zapalnymi z płodem żywym, nie liczącym więcej nad 3—4 miesiące rozwoju.

Dane, które w warunkach pomienionych

mogą być zużytkowane w celu rozpoznania, sprowadzają się w znacznej części do tych czynników, na których zwykliśmy opierać rozpoznanie ciąży zamacicznej. Przerwa w miesiączkowaniu, krwawienia i bóle, oznaki ciąży w postaci rozpulchnienia i sinawego zabarwienia organów płciowych, wreszcie próżnia w macicy ²¹⁾ i obecność guza w małej miednicy — stanowią objawy, wspólne zarówno ciąży śródmiaższowej, jak i ciąży zamacicznej w rozmaitych jej odmianach. Podejrzenie ciąży śródmiaższowej mogą obudzić jedynie swoiste własności guza, które można stwierdzić przy dokładnem badaniu podwójnem. Ponieważ w ciąży śródmiaższowej guz stanowi integralną część macicy, a zatem pomiędzy guzem a macicą przy pomocy wymacywania nie można wykazać wyraźnego rozgraniczenia w postaci zagłębienia rowkowatego, a tembardziej powrózkowatej lub taśmowatej szypuły. W warunkach sprzyjających można wyczuć wiąz obły z boku lub poniżej worka płodowego. Pod względem odporności guz odróżnia się od zwykłej ciastowatej konsystencji, właściwej macicy ciężarnej i workowi płodowemu, usadowionemu w jajowodzie; czyni on raczej wrażenie tworu torbielowatego, w którym można czasem stwierdzić chelbotanie. W ostatnich czasach MURET (4) zwrócił uwagę na znaczenie skureczów worka płodowego, jako oznaki różniczkowej pomiędzy

ciężą śródmiaższową a ciężą zamaciczną. Zdaniem MURET'a, skurecze te występują jedynie w tych przypadkach, w których worek płodowy jest otoczony kurezliwą substancją macicy, a więc i w przypadkach ciąży śródmiaższowej, o czym autor ten miał możność przekonać się na mocy własnego spostrzeżenia. Ponieważ MURET nigdy nie zauważył wyraźnych skureczów w workach płodowych jajowodowych, sądzi więc, że skurecze mogą stanowić poważny czynnik rozpoznania różniczkowego pomiędzy ciężą śródmiaższową, a ciężą jajowodową w znaczeniu ścisłem.

Twierdzenie powyższe traci na wartości w zestawieniu z poglądami innych autorów na sprawę skureczów worka płodowego w ciąży zamacicznej. W sprawie tej bowiem dotąd zapatrywania są dość sprzeczne. Tak np. KÜSTNER (30), SCHAUTA (50), KELLY (26) utrzymują, że skurecze jajowodu ciężarnej niewątpliwie się odbywają; według SCHAUTA'y przy dokładnem spostrzeganiu można je wyczuć ręką jako twardnienie i naprężanie się worka, połączone z bólem. Odmiennego zdania jest MARTIN (38), który twierdzi, że w ciąży jajowodowej pęczki mięśniowe zwykle bywają tak rozsunięte, pozbawione wzajemnego związku i przenikłe wylewami krwawymi, że nie mogą być zdolne do energicznych skureczów. Spostrzegane w ciąży jajowodowej twardnienie worka płodowego MARTIN tłumaczy działaniem tłoczni brzusznej.

Oczywistą jest rzeczą, że wobec tak nielicznych, a przytem niezbyt pewnych oznak rozpoznawczych rzadko można powziąć mniej lub więcej uzasadnione podejrzenie ciąży śródmiaższowej. Nie dziw przeto, że w olbrzymiej większości dotychczas ogłoszonych przypadków zgola nie myślano o ciąży śródmiaższowej, lecz zadowolono się rozpoznaniem ciąży zamacicznej. Błąd to niezbyt wielki, ponieważ zarówno pierwsza jak i druga wymaga wdania się chirurgicznego. Nierównie poważniejsze ma znaczenie pomylenie ciąży śródmiaższowej z ciężą

²¹⁾ Jak wiadomo, w celu wykazania, że macica jest próżna, zalecano dawniej, a niektórzy autorowie i obecnie jeszcze zalecają zastosowanie zgłębnika macicznego. Środek ten nie tylko jest niepewny, lecz nadto może być wielce niebezpieczny. Z powodu rozpulchnienia macicy, towarzyszącego każdej ciąży, łatwo jest przedziurawić macicę zgłębnikiem. Wrazie omyłki w rozpoznaniu wprowadzenie zgłębnika może spowodować poronienie. W tych zaś przypadkach, w których macica jest istotnie próżna, sondowanie może wywołać skurecze macicy, pod których wpływem może nastąpić pęknięcie worka płodowego ze wszelkimi następstwami. Z powyższych względów zastosowanie zgłębnika w przypadkach, w których zachodzi podejrzenie ciąży śródmiaższowej, stanoweżo nie zasługuje na polecenie.

śródmaciczną. Rozumie się, że pomyłka taka wtedy tylko może się zdarzyć, kiedy ciąża śródmaciczną ulega pewnym zboczeniom, zależnym bądź od nieprawidłowego położenia macicy ciężarnej, bądź od niezwyklego usadowienia się jaja.

Nieprawidłowe położenie macicy, które może dać powód do błędnego przypuszczenia ciąży śródmiaższowej, polega na umocowaniu pochyleniu na bok macicy ciężarnej. Wówczas przy badaniu szyję można wziąć łatwo za całą macicę, ciało zaś wyczuwalne w postaci miękkiego tworzywa, położonego z boku,—za usadowiony śródmiaższowo worek płodowy. Podobna omyłka w rozpoznaniu zdarzyła się Mc. LEAN'owi, który po otwarciu jamy brzusznej zorientował się co do istotnego stanu rzeczy, rozdzielił zrosty umocowujące, ustawił macicę w położeniu prawidłowym i na tem ukończył operację. Ciąża w danym przypadku prawidłowo rozwijała się dalej ²²⁾.

Druga postać ciąży śródmaciczej, której pomylenie z ciążą śródmiaższową łatwo zdarzyć się może, jest to t. zw. ciąża w kącie macicy. Powstaje ona wskutek zagnieżdżenia się jaja w jednym z kątów jajowodowych. Na tę odmianę ciąży śródmaciczej i na trudność jej odróżnienia od ciąży śródmiaższowej w ostatnich dopiero latach zwrócono uwagę baczniejszą, ku czemu, jak się zdaje, najwięcej przyczynił się KELLY (26). Autor ten kilkakrotnie spostrzegał szczególny stan macicy we wczesnych miesiącach ciąży, który polegał na tem, że rozmiękczenie i powiększenie macicy było ograniczone do jednego jej rogu (*apex*), podczas gdy pozostała część ciała była twarda i niezmieniona w swej objętości. Podczas wymacywania KELLY doznawał wrażenia torbieli, od 5-ciu do 10-ciu ctm. w średnicy mającej i umiejscowionej w gó-

rze, w jednym rogu macicy. Stwierdziwszy podobne dane u jednej ze swych chorych, która przytem skarżyła się na ból dotkliwy, KELLY wykonał laparotomię. Po otwarciu brzucha znalazł wielki kulisty czerwony worek, wystający z lewego rogu macicy; worek ten był miękki i chęlboczący, a w jednym miejscu, na przestrzeni 3 cmt. kw., tak cienki, iż prawie przeświecał. Jajowody i jajniki były prawidłowe. Przed zamknięciem jamy brzusznej KELLY od strony pochwy wprowadził zgłębnik do jamy macicznej i rozerwał nim błony. Jajo rychło potem zostało wydalone przez pochwę.

W 6-ciu innych przypadkach KELLY zdołał rozpoznać (niewiadomo zresztą na jakiej zasadzie) ten niezwykle stan macicy ciężarnej; we wszystkich tych przypadkach ciąża zakończyła się porodem prawidłowym.

Cechy znamienne tej swoistej postaci ciąży śródmaciczej KELLY formułuje w sposób następujący:

a) jeden z rogów (*apex*) lub połowa macicy ulega powiększeniu i rozmiękczeniu bez współudziału reszty organu;

b) to częściowe powiększenie i rozmiękczenie macicy najwybitniej występuje we wczesnych miesiącach ciąży, daje się jednak zauważyć w 5-ym, a nawet w 6-ym miesiącu;

c) ciąży tej towarzyszą bóle; chore często skarżą się na takie dolegliwości, jakich nigdy nie doznawały podczas ciąży poprzednich;

d) zakończenie ciąży jest tu prawidłowe.

Na postać rzeczoną ciąży śródmaciczej poprzednio już zwrócił uwagę SCHAUTA (50), który przyczynę częściowego powiększenia i rozpułchnienia macicy usiłował wytłumaczyć wadliwym jej rozwojem. Według tego autora, lekkie stopnie dwurożności, oznaczane mianem *uterus arcuatus*, w razie jeżeli jajo obierze sobie siedlisko w jednym rogu macicy i przeważnie go rozszerzy, prowadzić mogą do mylnego rozpoznania ciąży śródmiaższowej. Zanim bowiem pozostała część macicy ulegnie rozciągnięciu

²²⁾ Analogiczne omyłki w stosunku do ciąży jajowodowej ogłosili autorowie francuscy: SEGOND (54) i ROUTIER (49):

i rozpulchnieniu, przy wymacywaniu miejsca u-sadowienia się jaja można otrzymać wrażenie czegoś odrębnego od reszty macicy.

Przed 3-ma laty ENGSTRÖM (13) ogłosił pracę, w której na wstępie dość wyczerpująco streścił literaturę, dotyczącą omawianej ciąży. Na mocy doświadczenia osobistego ENGSTRÖM twierdzi, że we wczesnych okresach ciąży dość często zdarza się odosobnione, mniej lub więcej wyraźne rozmiękczenie i powiększenie jednego rogu macicy, które stale znika przed upływem pierwszej połowy ciąży. W poszczególnych jednak przypadkach róg macicy zamienia się na masę, znacznie wystającą, miękką, prawie chleboczącą, która mniej lub więcej wybitnie odgranicza się od pozostałych, stosunkowo mało zmienionych części ciała macicznego. Opis 6-ciu podobnych przypadków ENGSTRÖM podaje w swej pracy, przyczem, wbrew twierdzeniu KELLY'ego zaznacza, że ból nie zawsze towarzyszy tej postaci ciąży. Odróżnienie jej od ciąży śródmiaższowej, zdaniem ENGSTRÖM'a, jest rzeczą bardzo trudną, a czasem wprost niemożliwą.

Szczegółowy obraz ciąży w kącie macicy skreślił LEQUEUX (35) w pracy, ogłoszonej w roku zeszłym. Opierając się na materyale, zaczerpniętym przeważnie z piśmiennictwa francuskiego, LEQUEUX zapatrywania współczesne na rzeczoną postać ciąży streszcza w sposób następujący. Ciąża w kącie macicy stanowi anomalię, zdarzającą się stosunkowo dość często. Zależy ona od zagnieżdżenia się jaja w jednym z rogów macicy. Ciąża ta stanowi postać przejściową pomiędzy ciążą śródmaciczną prawidłową a ciążą śródmiaższową. Przebieg ciąży w kącie macicy zwykle bywa spokojny; w większości przypadków rozwija się ostatecznie ciąża prawidłowa. Czasem jednak ciąży omawianej towarzyszą bóle i krwawienia, zwiastujące poronienie. Pęknięcie zdarza się rzadko. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ciążą w kącie macicy a ciążą śródmiaższową nastrocza trudności nieprzezwyciężone.

Wobec podobieństwa, a raczej tożsamości objawów klinicznych ciąży śródmiaższowej i wyszczególnionych powyżej nieprawidłowych postaci ciąży śródmaciczej dość dziwne jest stanowisko tych autorów, którzy wyłącznie na mocy badania klinicznego nie wahali się rozpoznać stanowczo ciąży śródmiaższowej w spostrzeganych przez siebie przypadkach.

Nie mniej dziwna jest łatwowierność tych autorów, którzy podobne przypadki bez zastrzeżeń uznali za ciążę śródmiaższową, nie omieszkali wciągnąć ich do swych obliczeń statystycznych i usiłowali wysnuwać z nich wnioski o właściwościach ciąży śródmiaższowej. Według mego zdania, nie można być dość sceptycznym w ocenie tego rodzaju spostrzeżeń. Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że w znacznej liczbie, jeżeli nie w większości ogłoszonych przypadków ciąży śródmiaższowej, rozpoznanej klinicznie, chodziło istotnie o ciążę w kącie macicy. Toż samo da się również zastosować do pewnej liczby przypadków, w których rozpoznanie kliniczne ciąży śródmiaższowej sprawdzone zostało po otwarciu jamy brzusznej, lecz nie poparte dowodami anatomicznymi. Przyznaję otwarcie, iż podobne wątpliwości nastrocza moje własne spostrzeżenie. Za zasadę bowiem uznać należy, że o istnieniu ciąży śródmiaższowej nie mogą decydować wyniki badania klinicznego, nawet dotykalnie stwierdzone po otwarciu jamy brzusznej, lecz jedynie i wyłącznie rozstrzygają szczegółowe poszukiwania anatomiczne, dokonane nad całą macicą wraz z guzem, w połączeniu z badaniem mikroskopowym.

Zejsście ciąży śródmiaższowej, podobnie jak ciąży zamacicznej, bywa rozmaite. W piśmiennictwie nie brak spostrzeżeń, rzekomo dowodzących, że ciąża śródmiaższowa może dobieść kresu i zakończyć się porodem prawidłowym. Do tego rodzaju spostrzeżeń należy kilkakrotnie już przeze mnie wzmiankowany przypadek Koś-

MIŃSKIEGO (27) tudzież przypadek, ogłoszony w r. 1894 przez HOFMEIER'a (22). Prawdopodobnie jednak rozpoznania ciąży śródmiaższowej nastroją tak wiele wątpliwości w obu tych przypadkach, że z nich trudno jest stanowczo wnioskować o tem, czy istotnie ciąża śródmiaższowa może być donoszona.

Za jedyny przykład donoszonej ciąży śródmiaższowej poczytywany jest przypadek TREUB'a, opisany przez ROOSWINKL'a (46). I ten jednak przypadek, jak to szlusznie zaznacza WERTH (68), nie może służyć za dowód, że ciąża śródmiaższowa jest zdolna rozwinąć się do końca. Wprawdzie, w przypadku tym TREUB znalazł płód żywy, liczący 9 miesięcy rozwoju, lecz jednocześnie stwierdził, że płód ten już w 4-ym miesiącu wskutek pęknięcia worka płodowego przedostał się do jamy brzusznej. Była to więc wtórna ciąża brzuszna, powstała z ciąży śródmiaższowej. Wogóle rzecz można, że w kazuistyce, dotąd ogłoszonej, nie istnieje ani jeden zupełnie wiarogodny przypadek donoszonej ciąży śródmiaższowej.

Zwykłem zejściem ciąży rzeczonyj bywa pęknięcie worka płodowego, które może nastąpić bądź do jamy macicznej, bądź do jamy brzusznej. O pęknięciu do jamy macicznej, zwanem inaczej poronieniem do macicy (*abortus uterinus*), mówiłem szczegółowo, rozważając t. zw. ciążę jajowodo-maciczną. Nie chcąc się powtarzać, dodam tu tylko, że takie zejście ciąży śródmiaższowej ma wiele analogii z poronieniem jajowodowem (*abortus tubarius*), które, jak wiadomo, stosunkowo dość często zdarza się w ciąży jajowodowej. Pomimo podobieństwa obu spraw pomienionych zachodzi pomiędzy nimi różnica wybitna pod względem znaczenia ich dla ustroju. Poronienie do macicy odbyć się może bez żadnych zgoła zaburzeń poważniejszych, a więc uznane być winno za zejście pomyślne; natomiast poronienie jajowodowe prawie zawsze po-

ciąga za sobą groźne niebezpieczeństwa, z powodu których za korzystne dla chorej bynajmniej uważane być nie może.

Wobec tego że poronienie do macicy wyjątkowo tylko (np. w razie zakażenia przy sztucznem wydobyciu łożyska) może spowodować śmierć chorej, przeważnie zaś kończy się pomyślnie, przebiegając pod postacią poronienia zwykłego, zrozumiałą jest rzeczą, że wiadomości nasze o tego rodzaju zejściu ciąży śródmiaższowej są dotychczas bardzo skąpe. Z powodu braku odpowiedniego materiału kazuistycznego nie można zgoła obliczyć, jak często pęknięcie worka płodowego do jamy macicznej zdarza się w ciąży śródmiaższowej, w jakich warunkach się ono odbywa i jakie za sobą pociąga następstwa. Wprawdzie KOŚMIŃSKI w pracy swej obszernie omawia tę sprawę; nie będę jednak powtarzał podanych przezeń wywodów, mają one bowiem cechę rozumowań czysto teoretycznych.

Nierównie dokładniejszych wiadomości dostarcza kazuistyka ciąży śródmiaższowej co do pęknięcia worka płodowego do jamy brzusznej. Niektórzy autorowie (jak KOŚMIŃSKI, DELAGENIÈRE, BECKMANN) zaznaczają, że pęknięcie to w ciąży śródmiaższowej następuje w późniejszym okresie czasu niż w ciąży jajowodowej. Według dokładnego obliczenia WERTH'a, obejmującego 32 przypadki niewątpliwiej ciąży śródmiaższowej, w połowie przeszło przypadków zakończyła się ona pęknięciem do jamy brzusznej w ciągu pierwszych trzech miesięcy. Kształt i rozmiary otworu, powstałego wskutek pęknięcia bywają rozmaite. Obok otworów nie większych od łebka szpilki spostrzegano wielkie szczeliny, przez które płód wypadał do jamy brzusznej. Kilkakrotnie stwierdzono liczne otwory, wypełnione po części strzępami kosmówki. Miejscem pęknięcia w przeważnej liczbie przypadków była ściana tylna, co, według WERTH'a, tem się tłumaczy, że część maciczna jajowodu prawidłowo przebiega bliżej tylnej powierzchni

dna ²³⁾. Tu więc wskutek ucisku rozwijającego się jaja powstaje największe ścięcenie ściany, usposabiające do pęknięcia. Poglądowi temu nie można odmówić słuszności, o ile rzecz dotyczy ciąży śródmiaższowej w dnie macicy. Ciąża w ścianie bocznej powyższemu prawidłu nie podlega, jak tego dowodzą spostrzeżenia odpowiednie. Tak np. w przypadku SIMON'a (55) miejsce pęknięcia było położone u góry, w przypadku zaś BECKMANN'a (4) — od przodu.

Następstwem pęknięcia worka płodowego do jamy brzusznej zazwyczaj bywa obfity krwotok wewnętrzny, który, w braku pomocy odpowiedniej, w krótkim czasie może spowodować śmierć chorej. Rozumie się, że następstwa pęknięcia nie są tak groźne w tych przypadkach, w których w otoczeniu worka uprzednio się wytworzyły skleiny trzew, uniemożliwiające krwawienie do wolnej jamy brzusznej.

W przypadkach wyjątkowych ciąży śródmiaższowej bardzo wcześnie następuje śmierć płodu, wskutek czego worek płodowy zamienia się na guz krwawy. Dodać należy, że śmierć płodu nie zabezpiecza jeszcze stanowczo od pęknięcia worka płodowego.

Wreszcie godzi się zaznaczyć, że, podobnie jak w ciąży zamacicznej, płód martwy w ciąży śródmiaższowej może uleść skamienieniu, lub, co ważniejsza, sposoczeniu i przez to stać się źródłem zaburzeń poważnych.

²³⁾ Porów. dane anatomiczne.

(D n.).

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

O ODDZIELANIU I ZGĘSZCZANIU antytoksyny błoniczej.

Podali

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

(Ciąg dalszy — Patrz Nr. 24).

Frakcje poszczególne odcinają się bardzo ostro, osad występuje bardzo szybko, zwłaszcza w wyższej nieco cieplotcie, i opada doskonale na dno naczynia.

Zawczasu zaznaczyć winniśmy, że przyjmowany przez niektórych badaczy podział globuliny krwi na euglobulinę i pseudoglobulinę nie odgrywał żadnej roli w naszej metodzie, że jednak siarczan sodowy doskonale nadaje się również do frakcyonowania tych dwóch ciał, gdyż, jak dowiedli PORGES i SPIRO ²⁾, zachowuje się on w tym względzie identycznie z klasycznym siarczanem amonowym.

Cel badań naszych polegał na tem, aby oznaczyć, w jakiej frakcji plazmy i surowicy mieści się całkowita ilość antytoksyny. W tym celu posilkowaliśmy się dwoma sposobami: jeden polegał na tem, iż po osadzeniu części plazmy lub krwi określoną ilością siarczanu sodowego oznaczaliśmy siłę antytoksyczną przesączu; drugi sposób prowadził do celu przez oznaczanie siły antytoksycznej osadzonej części badanego płynu. Sposób pierwszy niewątpliwie jest dokładniejszy, gdyż—w razie zachowania warunku dokładnego przemycia osadu na sączku—przesącz zebrany być może bez utraty, na którą godzić się musimy w drugim sposobie, gdyż osad prawie nigdy nie może być zebrany z sączka w całości, dzięki czemu zatracamy

²⁾ Porges, Otto, und Spiro, K., Die Globuline des Blutserums. (Beiträge zur Chem. Phys. und Pathologie, III Bd. 4/6 Heft).

pewną, nie dającą się ściśle określić, ilość badanego materiału.

Co do sposobu określania wartości antytoksycznej badanych przez nas próbek zaznaczamy, że w początkowych doświadczeniach posiłkowaliśmy się dawną metodą EHRlich'a, opierająca się na wartości L_0 , w późniejszych zaś stale pracowaliśmy według spólczesnej metody EHRlich'a, biorącej za podstawę $L+$.

Sposób pierwszy, którego dotąd nie wyrzekły się niektóre instytuty bakteryologiczne, między innymi Instytut Medycyny Doświadczałnej w Petersburgu, jest bez porównania łatwiejszy w wykonaniu, aniżeli sposób drugi, i szybciej prowadzi do celu. Doświadczenie osobiste nasze, jak również kol. PALMIRSKIEGO i jego współpracowników, daje nam prawo twierdzić, że wyniki określeń według dawnego i nowego sposobu ERLICH'a w znakomitej większości przypadków są zupełnie zgodne; uważamy za zbyteczne zresztą podkreślać, że w jednym i drugim przypadku z całą ścisłością stosowaliśmy się do odnośnych przepisów we względzie ustalania wartości L_0 i $L+$ przez użycie „Test—Serum“ z Instytutu Państwowego we Frankfurcie, we względzie techniki zastrzykiwań i doboru zwierząt; sprawdzaliśmy zresztą wyniki nasze wielokrotnie i na mocy tego uważamy liczby nasze za bezwzględnie pewne.

Co do siarczanu sodowego, którym posiłkowaliśmy się w pracy naszej, winniśmy zaznaczyć, że wszystkie próbki tego przetworu, nabywane przez nas w firmach większych, w zupełności odpowiadały celowi pod względem czystości chemicznej; pomimo to w znacznej części przyrządzaliśmy sól naszą sami przez krystalizację handlowego przetworu, wysuszanie kryształów na kąpieli wodnej i następnie prażenie suchej soli w wysokiej ciepłocie. W ten sposób osiągaliliśmy przetwór bezwzględnie czysty i bezwodny, który przechowywaliśmy w hermetycznie zamkniętych naczyniach.

Materyałem do badań naszych była surowi-

ca, otrzymywana zwykłym sposobem przez samoistne krzepnięcie krwi, oraz osocze, które otrzymywaliśmy dwoma sposobami: 1) przez wypuszczenie krwi z żyły konia wprost do naczynia, zawierającego odpowiednią (w stosunku 1:1000 krwi) ilość szczawianu sodu, zawieszonego w drobnej ilości fizyologicznego roztworu; 2) przez zmieszanie świeżej krwi z równą ilością 15% wodnego roztworu siarczanu sodowego (bezwodnego). Co do tego ostatniego sposobu, zaznaczamy, że powstający przytem osad zawiera komórkowe części krwi i spore ilości strąconego białka, nie zawierającego (jak się przekonaliśmy niejednokrotnie) zupełnie antytoksyny; osad ten jednak opada bardzo powoli, co opóźnia zbieranie płynu zponad osadu; ten ostatni („Salzplasma“) nigdy nie bywa zabarwiony hemoglobina, co dowodzi, że ciała czerwone nie rozpuszczają się w 7,5% w roztworze siarczanu sodowego.

Co się tyczy osocza szczawianowego („oxalatplasma“), daje się ono zbierać względnie szybko, gdyż już po kilku dniach stania krwi, a osad opadający na dno naczynia zbija się doskonale, co umożliwia zebranie możliwie wielkiej (około 65% w stosunku do całkowitej krwi) ilości czystego, bursztynowo-żółtego osocza. Obecność soli szczawianowej w osoczu, z którego oddzielamy antytoksynę, w grę nie wchodzi, gdyż w metodzie naszej sól ta zupełnie zostaje oddzielona.

Przechodząc do opisu naszej metody, przedewszystkiem zaznaczmy, że uważamy za zbyteczne przytaczanie licznych szeregu protokółów doświadczeń, wymienimy tylko zasadnicze etapy pracy naszej.

Do badań naszych użyliśmy 5 prób krwi i 5 prób surowicy z różnych upustów i różnej siły antytoksycznej.

Na wstępie winniśmy stwierdzić, że z kilkakrotnych porównawczych określeń siły antytoksycznej osocza krwi i surowicy, z tej samej krwi otrzymanej, wynika niezbiebie absolutna ich

równoważność. Surowica krwi i osocze zawierają zawsze jednakową ilość jednostek uodporniających w 1 ctm. sz. Pomijając stronę teoretyczną tej kwestyi, ma ona również z praktycznego punktu widzenia wielkie znaczenie. W istocie, z 1 litra krwi otrzymujemy wszak w zwykłych warunkach (bez uciekania się do sposobów sztucznych) 250—350 ctm. surowicy, podczas gdy osocze daje się prawie zawsze zebrać w ilości 650 ctm. sz.; 1 litr krwi daje w ten sposób 2 razy większą ilość materiału uodporniającego, co ze względu na jego wysoką wartość jest rzeczą nie do pogardzenia dla fabrykantów surowicy.

Strącając osocze krwi lub surowicę, rozcieńczone równą ilością lub 2 częściami fizyologicznego roztworu soli za pomocą rozmaitych ilości siarczanu sodowego, od 5% do 22% zawartości soli w płynie i określając w szeregu badań siłę antytoksyczną otrzymanych (po oddzieleniu osadów) filtratów, doszliśmy do zgodnych zawsze wyników następujących:

1) Osad, powstający w plazmie (w surowicy osad nie pojawia się) rozcieńczonej i strąconej 7,5% siarczanu sodowego nie zawiera zupełnie antytoksyny, która całkowicie mieści się w przesączu.

2) Frakcja, mieszcząca się powyżej, od 7½% do 9% stężenia naszej soli, niekiedy nie zawiera antytoksyny, niekiedy zaś niewielką jej ilość.

3) Przesącz po strąceniu osocza lub surowicy 12% siarczanu sodowego zawiera około 50% antytoksyny.

4) Przesącz po osadzeniu osocza lub surowicy 15% siarczanu zawiera około 30% antytoksyny.

5) Przesącz po oddzieleniu osadu z osocza lub surowicy strąconej 18% siarczanu sodowego zawiera mniej niż 20% antytoksyny.

6) Przesącz po strąceniu osocza lub surowicy 20—22% siarczanu sodowego czyli *albumi-*

na nie zawiera zupełnie antytoksyny lub nie więcej nad 1—2% w stosunku do siły osocza lub surowicy.

Zestawiając dane powyższe, musieliśmy przyjąć, że całkowita antytoksyna mieści się w pewnej tylko części osocza i że dla jej wyosobnienia należy osocze (szczawianowe) uwolnić od części białka przez dodanie 7½% siarczanu sodu i następnie osadzić przez dodanie 12½% tej samej soli.

Ponieważ w surowicy, zmieszanej z równą ilością 15% roztworu siarczanu sodowego, nie powstaje zazwyczaj żaden osad widoczny, przeto dla strącenia z niej antytoksyny całkowitej wystarcza wprost osadzenie jej (po rozcieńczeniu równą ilością wody lub roztworu fizyologicznego) 20% siarczanu.

Osocze solne, otrzymane przez zmieszanie świeżej krwi z równą ilością 15% roztworu, należy, rzecz prosta, osadzić w tym samym celu przez dodanie 11½% siarczanu.

Ponieważ otrzymany w sposób powyższy przesącz jest w znaczeniu antytoksycznym bezużyteczny, przeto tem samem szczawianowe osocze może być użyte do celów leczniczych, gdyż szczawian sodu, będący w nadmiarze, przejdzie do przesączu, zaś szczawian wapnia, aczkolwiek pozostanie w osadzie wraz z antytoksyną, lecz — jak zobaczymy niebawem — do zgęszczonej antytoksyny nie będzie domieszany.

Przenosząc uzyskane przez nas wyniki na grunt teoretyczny, możemy twierdzić, że antytoksyna w znacznej swej części mieści się w globulinowej frakcji krwi, ogarniając jednak również i część frakcji fibrynogenowej. Albumina i inne składniki krwi z antytoksyną nie wspólnego nie mają, i pożytek, wynikający z wyłączenia tych składników, aż nadto staje się widoczny.

Uzupełniając dane powyższe wskazówką techniczną, winniśmy dodać, że osadzanie białka z osocza za pomocą $7\frac{1}{2}\%$ soli odbywać się może w ciepłocie pokojowej, zaś strącanie antytoksyny resztą siarczanu wymaga bezwarunkowo wyższej ciepłoty, a mianowicie $30-32^{\circ}\text{C}$, gdyż w tej jedynie ciepłocie osiągamy rozpuszczenie naszej soli.

Stwierdziwszy granice strącalności antytoksyny, stanęliśmy wobec pytania, w jaki sposób należy dalej z nią postąpić, jednym słowem, co czynić należy z tym obfitym osadem, który zbieraliśmy na sączku po oddzieleniu cieczy bezwartościowej. Najprostszy sposób, polegający na rozpuszczeniu tego osadu, nie wydał nam się właściwym, ze względu, po pierwsze, na względnie trudną jego rozpuszczalność wobec

sporej ilości zawartego w nim siarczanu sodu i, po wtóre, z uwagi na konieczne przytem rozcieńczenie pierwiastku, który wszak pragnęliśmy widzieć w stanie zgęszczonym.

Po długim szeregu prób odkryliśmy wreszcie metodę, opartą na zadziwiającej własności naszej soli. Przekonaliśmy się mianowicie, że przez oziębianie sączka z osadem osiągamy krystalizację soli, występujący zaś przytem płyn o zawartości około 6% soli staje się najlepszym rozpuszczalnikiem dla globuliny wraz z antytoksyną. To też z chwilą rozpoczynającej się krystalizacji z sączka spływać poczyną gęsty płyn, zawierający zgęszczoną antytoksynę.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

30. SEMON. W sprawie rozpoznania i leczenia raka krtani.

Autor dzieli raki krtani na zewnętrzne i wewnętrzne; do pierwszych zalicza nowotwory, wychodzące z nagłośni i fałd nalewkowo-nagłośniowych, do drugiej—wewnątrzkrtaniowe. Zdaniem S. raki wewnętrzne, wcześniej rozpoznane i usunięte doszczętnie, dają *quoad regenerationem* lepsze rokowanie od raków wszystkich innych części ciała.

Za najważniejszy wczesny objaw rozpoznawczy raka strun głosowych uważać należy upośledzenie ruchomości i tych ostatnich. Jednakże brak objawu powyższego bynajmniej nie przemawia przeciw podejrzeniu nowotworu złośliwego, albowiem nie spotykamy go we wczesnych przypadkach, w których tkanki nie uległy jeszcze głębszemu nacieczeniu nowotworowemu, lub też w przypadkach zupełnie powierzchownych raków.

Pomimo to trudności rozpoznawcze by-

wają niekiedy ogromne i stają się źródłem licznych pomyłek. S. przytacza kilka pouczających przypadków odnośnych, pośród których wyróżnia się jeden, gdzie dopiero operacja doszczętna wykazała, iż domniemany rak był nowotworem zapalnym. Tego rodzaju przypadki potwierdzają doniosłość ustalenia istoty guza za pomocą badania mikroskopowego przed zabiegiem. Przykre jest położenie lekarza w przypadkach, gdzie badanie mikroskopowe skrawka daje wynik ujemny, podczas gdy cały obraz kliniczny wzbudza podejrzenie guza złośliwego. Jeżeli w takim przypadku lekarz operuje, i dopiero zabieg wykaże, że cierpienie pozbawione jest cech złośliwości, wówczas nie uniknie on zarzutów ze strony chorego; ten sam los czeka go, o ile, ufny w badanie mikroskopowe, operacji zaniecha, a dalszy przebieg dowiedzie, że jednak rozpoznanie kliniczne raka było trafne. Wogóle wartość posiada tylko dodatni wynik badania mikroskopowego, w ra-

zie rezultatu ujemnego należy zawsze uprzedzić chorego, że z podejrzeniem nowotworu złośliwego liczyć się trzeba. Pomimo pozornie pomyslnych wyników leczenia raka krtani wstrzykiwaniem trypsyny, surowicy DOYEN'a, promieniami RENTGEN'a—jedynym środkiem, dającym pewne szanse wyleczenia, jest zabieg operacyjny. SEMON jest stanowczym przeciwnikiem operacji doszczętnej na drodze wewnątrz-krtaniowej i gorąco poleca przecięcie chrząstki tarczowatej.

Na 212 przypadków nowotworów złośliwych krtani, spostrzeganych przez S., 136 należało do rzędu wewnętrznych—76 do zewnętrznych. Cierpienie powyższe dotyczyło 177 mężczyzn i 35 kobiet. Stosunek ten trudno sobie wytłumaczyć, ponieważ w większości przypadków raka u mężczyzn ani syfilis, ani też nadużycia tytoniu i wyskoku nie odgrywały roli wybitnej. Natomiast u kobiet dwa razy częstszy jest rak zewnętrzny, niż u mężczyzn. Wiek osobników dotkniętych waha się pomiędzy 40—70 rokiem życia.

Ze 136 przypadków raka wewnętrznego w 33 wykonano tyreotomię. Na tej drodze

należy, zdaniem S., usuwać wszystkie nowotwory, które nie leżą zbyt blisko tylnej ściany i nie infiltrują chrząstki. Z tych 33 przypadków 8 okazało się pod względem rozpoznania niepewnymi lub też należącymi do rzędu cierpień gruźliczych; z pozostałych 25 pewnych przypadków raka 24 zostały wyleczone, w 3 nastąpiła wznova. Do wyleczonych S. zalicza chorych, którzy po upływie roku od operacji byli wolni od objawów wznovy. W 2 przypadkach wyleczenie trwa już 2 lata, w trzech 3, w czterech 5—10, w czterech 10—15 lat. Pomimo usunięcia obu strun głosowych w niektórych przypadkach wydobywanie głosu przeważnie było zadawalające. Co się dotyczy połowicznego wycięcia krtani, należy je znacznie ograniczyć. Co do całkowitego wycięcia krtani, S. osobistego doświadczenia nie posiada, uważa je wszakże za zabieg, dający na ogół wyniki nie szczególne; operację powyższą należałoby ograniczyć do przypadków raka „zewnętrznego” krtani, nie dającego się usunąć przez tyreotomię.

(Brit. med. Journ. 1907. Febr. 2).

Aleksander Wertheim.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 24).

O zmianach formy i położenia żołądka referował dr SIMMONDS na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Hamburgu. Sprawozdanie opiera się na licznych zdjęciach fotograficznych, dokonanych na trupach. Z tych poszukiwań wynika, że wogóle nie można mówić o jednej, typowej formie i zawsze jednakowem położeniu żołądka; pionowe ustawienie tego narządu spotyka się znacznie częściej we wszystkich okresach wieku, niż poziome, a postać t. zw. hakowata części odźwiernikowej zdarza się względnie często u noworodków i nawet u ssawców, niesłusznie więc HOLZKNECHT zalicza ją do objawów patologicznych; u dzieci również żołądek zmienia swe położenie w ten sposób, że

rząd mocno wypukła się ku przodowi, na skutek tego tylna jego powierzchnia staje się dolną. Wogóle żołądek ustawia się w takim położeniu, na jakie pozwala mu stan narządów sąsiednich i ucisk ściany brzusznej. Opadnięcie żołądka, np., powstaje dzięki współdziałaniu bardzo rozmaitych czynników, które powodują zmniejszenie się przestrzeni, zajmowanej zwykle przez ten narząd, a więc: klatka piersiowa paralityczna (*thorax paralyticus*), niskie ustawienie przepony, ucisk sznurówki, szczególnie w obec istniejącego jednocześnie osłabienia mięśni ściany brzusznej, co często spotyka się u kobiet po porodach. Najczęściej w takich razach żołądek i przylegająca do niego część dwunastnicy bywają rozciągnięte na skutek przegięcia dwu

nastnicy i w tem miejscu, gdzie górna pozioma ruchoma jej część przechodzi w pionową, nieruchomą. U ludzi starszych taki opuszczony żołądek nie zawsze bywa rozszerzony, przeciwnie, bywa on tak wąski, że robi wrażenie kiszki. W tych przypadkach mała krzywizna znajduje się zwykle tak nisko, że trzustka jest na znacznej przestrzeni odkryta, łatwo ją więc wymacać przez powłoki brzuszne. O prawdziwym opadnięciu żołądka (*gastroptosis*) można mówić tylko wtedy, kiedy po otwarciu jamy brzusznej znajdziemy część odźwiernikową lub krzywiznę małą lub wreszcie i pierwszą i drugą razem leżące poniżej prawidłowej wielkości wątroby. Przemieszczenie wpustu spostrzega się tylko wtedy, kiedy przepona stoi nisko, jednakże u suchotników np., zwłaszcza u kobiet, u których płuca uległy zmarszczeniu lub jama opłucny zanikowi, opadnięcie wpustu nie należy do rzadkości nawet przy wysokiem ustawieniu przepony. Jedyny przypadek wysokiego ułożenia odźwiernika przy jednoczesnem opadnięciu żołądka stanowią chorzy z istniejącem przyrośnięciem tegoż do wrót wątroby; wtedy za opadnięciem przemawia tylko usunięcie się ku dołowi krzywizny małej. Obok *gastroptosis* spotyka się często u tych samych chorych zagięcie okrężnicy, które zawdzięcza swoje powstanie tym samym czynnikom szkodliwym, co i opadnięcie żołądka, lecz do rozwoju cierpienia przyczyniają się tu anomalie wrodzone okrężnicy, dalej nadmiernie długi a wąty wiąz żółdkowo-okrężnicowy, wreszcie nadmiernie długa i pętlicowata okrężnica. Umiarkowane stopnie opuszczenia okrężnicy zdarzają się i u dzieci, natomiast opadnięcie żołądka nie spotyka się w tym wieku. Pod względem klinicznym przemieszczenie żołądka, zależne od pętlicowatej okrężnicy poprzecznej, posiada mniejsze znaczenie. Takie pętle okrężnicy często odsuwają żołądek na prawo, ponieważ wciskają się one pomiędzy żebra i żołądek lub ustalają się za pomocą zrostów z sąsiednimi narządami. Bywa i tak, że taka pętla przesuwą się od góry pomiędzy przeponą i opuszczonym żołądkiem. Najczęściej pętle nadmiernie wydłużonej okrężnicy pokrywają żołądek, na skutek czego po otwarciu jamy brzusznej żołądek bywa niewidoczny, zwłaszcza że pętle okrężnicy zakrywają i lewy płat wątroby, a czasem nawet i pra-

wy. Wszystkie te zmiany położenia żołądka nie wywołują żadnych zmian somatycznych, lecz stanowią jedynie poważną przeszkodę dla badania fizycznego.

O skurezu wpustu żołądka (*cardiospasmus*) wygłosił odczyt dr GRAFF na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Bonn. Poglądy na istotę i przyczynę tego cierpienia nie są dziś jeszcze ustalone. ROSENHEM utrzymuje, że pierwotną przyczynę cierpienia stanowi rozszerzenie przełyku, a skurecz wpustu występuje następnie, jako zjawisko wtórne, zależne od podrażnienia błony śluzowej na tle zapalenia przełyku (*oesophagitis*). Według MARTIN'a zapalenie przełyku powinno być poczytywane za jedyną istotną przyczynę sprawy chorobowej, FLEINER zaś sądzi, że główną rolę gra tu zboczenie rozwojowe (*Vormagen*), w końcu KRAUS jest zdania, że cierpienie nerwu błędnego powoduje rozwój tej sprawy chorobowej. Nie ulega wątpliwości, że nerw błędny posiada włókna, których czynność polega na rozszerzeniu przełyku, jak również nerw ten zaopatruje przełyk we włókna zwężające, ponieważ obustronne przecięcie pnia tego nerwu powoduje porażenie przełyku i skurecz wpustu krótkotwały. Na poparcie swego twierdzenia KRAUS przytacza badania anatomo-patologiczne; mianowicie, w jednym przypadku podobnym znalazł on splaszczanie obustronne pnia n. błędnego, a badanie drobnowidzowe wykryło zwyrodnienie włókien nerwowych. Aczkolwiek w poszczególnych przypadkach ta lub inna teoria posiada pewne cechy słuszności, zdaje się jednak, że wogóle najlepiej tłumaczy istotę i przyczynę cierpienia pogląd MIKULICZA, jako oparty na wielkiem doświadczeniu praktycznem i badaniach dokładnych, nadto poparty dobrymi wynikami leczenia chirurgicznego. Mówca miał sposobność spostrzegać jeden przypadek odnośnego dosyć rzadkiego cierpienia i za radą MIKULICZA wykonał z dobrym wynikiem rozszerzenie wpustu. Rzecz dotyczyła 40-letniego dotychczas zupełnie zdrowego mężczyzny. Przed 8 laty chory zauważył po raz pierwszy zatrzymanie się przełkniętego kęsa w przełyku; kęs po kilkakrotnem połknięciu płynu przeszedł do żołądka. W przeciągu następnych dwóch tygodni zjawisko to powtarzało się kilka razy. Badanie za pomocą zgłębni-

ka dało wtedy wynik ujemny: najgrubsze zgłębniki przechodziły do żołądka zupełnie swobodnie. Po upływie dwóch lat objawy chorobowe wystąpiły na nowo, lecz z większym nasileniem: pokarmy nie tylko zatrzymywały się w przełyku, lecz chory zwracał je po upływie doby. Płyny przechodziły swobodnie, pokarmy zaś stałe dostawały się do żołądka tylko po wypiciu wielkiej ilości płynu. Ponieważ chory znacznie stracił na wadze, przeto zasięgnął rady prof. ROSENHEIM'a, który rozpoznał rozszerzenie przełyku. Podczas pierwszego badania miękkie zgłębniki natrafiały w okolicy wpustu na przeszkodę, którą udawało się przejść po wykonaniu przez chorego kilku ruchów polykania, zgłębniki twarde można było przesunąć do żołądka po wywarcu pewnego nacisku. Naczczo przełyk zawierał około 150 ctm. sz. śluzowego płynu z resztkami pokarmów z poprzedniego dnia. Po odpowiedniej kuracji nastąpiło krótkotrwale polepszenie, stopniowo jednak stan chorego pogarszał się wciąż, i tylko dwa razy dziennie dokonywane płukanie przełyku uwalniało na jakiś czas chorego od dolegliwości; doszło do tego, że przełyk zawierał przeszło pół litra płynu. Ponieważ przypuszczano istnienie uchyłka, przeto po podaniu 400 ctm. zawiesiny bismutowej chory był poddany prześwietleniu; na fotografii otrzymano obraz, odpowiadający olbrzymiemu rozszerzeniu całego przełyku, poczynając od wpustu do części szyjowej. Pierwotny plan leczenia, polegający na przesunięciu zgłębnika do żołądka, przymocowaniu rozszerzacza do dolnego końca zgłębnika, który chciano wydobyć przez mały otwór, wycięty w przedniej ścianie żołądka i następnie na cofnięciu zgłębnika ku górze, nie udał się. Na skutek tego wykonano laparoto-

mię, rozcięto przednią ścianę żołądka możliwie blisko od wpustu i rozszerzono wpust naprzód palcem, następnie zaś ostrożnie za pomocą rozszerzacza w dwóch kierunkach. Żołądek i ścianę brzuszną zaszyto dokładnie. W 10 dni po operacji chory zaczął jeść pokarmy stałe bez żadnych przeszkód, zdrowienie postępowało szybko, a po 4-ch miesiącach chory przełykał swobodnie suchy chleb. Zatem i w tym przypadku, podobnie jak w 9-ciu operowanych poprzednio, wynik był dobry. Tylko w jednym przypadku, operowanym przez MIKULICZA, zabieg operacyjny dał wynik wątpliwy, a to na skutek uszkodzenia błony śluzowej podczas rozszerzania wpustu. W każdym przypadku, z wyjątkiem jednego, gdzie istniał polip, na błonie śluzowej wpustu nie znaleziono żadnych zmian chorobowych podczas operacji. Nie wyłącza to jednak możliwości istnienia szczelin lub owrzodzeń, wyczuć ich jednak nie można. Że takie szczeliny mogą wywołać skurecz wpustu, o tem pouczają nas szczeliny odbytu; i tu samo rozszerzenie gwałtowne daje wynik dobry. W każdym bądź razie stałe dobre czynniki, otrzymane po rozszerzeniu wpustu pouczają, że choroba rozpoczyna się od zamknięcia wpustu, rozszerzenie zaś przełyku stanowi zjawisko wtórne. Gdyby pogląd ROSENHEIM'a był słuszny, to trudno byłoby wytłomaczyć sobie wpływ rozszerzenia wpustu i stopniowe zmniejszanie się, potem rozszerzanie przełyku. Bądź jak bądź, dotychczasowe wyniki lecznicze przemawiają na korzyść metody MIKULICZA, która powinna znaleźć zastosowanie we wszystkich podobnych przypadkach, nadto powinna ona posiadać pierwszeństwo przed zaleconem przez ROSENHEIM'a rozszerzeniem wpustu za pomocą balona gumowego.

Wiadomości bieżące.

— V. Sekcja anatomiczno-zoologiczna łącznie z antropologiczną.

Gospodarze: Radca dworu prof. dr Henryk Kadyi (Zielona 15). Prof. dr Józef Nussbaum (Ścieżkowa 20).

Zgłoszone wykłady: 1) Loth Edward „Anatomia porównawcza rozścięgni stopowego (aponeurosis plantaris) w szeregu

małp ze specjalnem uwzględnieniem człowieka“.

2) Wielowiejski H. „Rezultaty badań nad oogenezą“.

3) Tur Jan-Warszawa „Badanie nad rozwojem *Lacerta ocellata*“.

4) Tenże. „O wczesnych fazach rozwoju *oreae vasculosae* n *Sauropsida*“.

5) Tenże: „Embryogenia potworów bezpostaciowych“.

- 6) Fuliński Ben. Lwów „Embryologia raka rzecznoego“.
- 7) Tenże: „Z embryologii podjadka (*Grylotalpa vulgaris*).“
- 8) Grochmalicki J. Lwów. „Badania nad regeneracją soczewki ocznej u ryb“.
- 9) Tenże: „Rozwój krwi i naczyń (aorty i żył) u ryb kostno-skeletowych“.
- 10) Hirschler J. Lwów. „Z historii rozwoju owadów“.
- 11) Jakubski A. „O neurogliach u pijawek“.
- 12) Nusbaum Józef: „Przyczynki do historii porównawczej skóry u kręgowców“.
- 13) Tenże. „Z kwestyi regeneracji u robaków“
- 14) Reisowa K. „Pierwsze stadya rozwojowe u karpia“.
- 15) Schreiber W. O asymetrii czaszki ludzkiej“.
- 16) Weigl R. „O trophospongiach-aparatów siateczkowych i innych utworach w protoplazmie komórki“.
- 17) Stefanowska M. „Jak się przedstawia teczka neuronów w świetle najnowszych poszukiwań“.
- 18) Garbowski T. „Nowe wyniki badań nad krzyżowaniem jeźowców“.
- 19) Tenże: „Zjawisko cytofobii komórek bruzdkowych“.
- 20) Tenże: „Demonstracja exogastrulacji i anenterii u szkarłupni“.
- 21) Hoyer H. „Rozwój układu limfatycznego u żaby“.
- 22) Stołyhwo K. „Ślady prarasy ludzkiej na ziemiach polskich“.
- 23) Tenże: „Demonstracja kranioforu własnego pomysłu“.
- 24) Kostanecki K. „Rozwój partenogenetyczny jajek mięczaka *Macra*“.
- 25) Bochenek A. „O centralnem rozgałęzieniu włókien nerwu wzrokowego“.
- 26) Tenże: „Badanie doświadczalne nad rozwojem nerwów“.
- 27) Godlewski E. jun. „Z badań nad problemem dziedziczności. Cytologiczne badania zjawisk regulacyjnych po uszkodzeniach wywołanych w procesie rozwojowym działaniem kwasu węglowego“.
- 28) Białoszewicz K. „O zjawiskach ab-

sorbeyi wody w początkowych okresach rozwoju embryonalnego“.

- 29) Loriowa M. „Badania doświadczalne nad regeneracją nerwów (z demonstr. prep.)“.
- 30) Młodowska. Histogeneza mięśni skieletowych, z demonstr. prep.
- 31) Rosenhauch E. „Badania nad rozwojem komórki śluzowej“.
- 32) Markowski J. „O rozwoju zatok żylnych opony twardej u człowieka“.
- 33) Markowski i Kadyi H. „Ulepszenie masy gutaperchowej Teidmanna celem nastrzykiwania najdrobniejszych naczyń“.
- 34) Pańczyszyn M. „Rekonstrukcja plastyczna piramid nerki ludzkiej“.
- 35) Prof. dr Szymonowicz. „O zakończeniach nerwowych we włosach ludzkich“.
- 36) Tenże. Porównawcze badania zakończeń nerwowych w błonie śluzowej i skórze ptaków.
- 37) Tenże. Porównawcze badania zakończeń nerwowych we włosach dotykowych zwierząt ssących.
- 38) Pna. Hulanicka Roz. O zakończeniach nerwowych w błonie śluzowej i skórze płazów i gadów.
- 39) Dr Grek Jan. O ciałkach Hassala w grasicy.

— III. S e k c y a c h e m i c z n a i f a r m a c e u t y c z n a.

Gospodarze: Prof. dr Bronisław Radziszewski (Długosza 6). Prof. dr Stanisław Tołłoczko (Długosza 6). Mag. farm. Karol Sklepiński (Grodzickich 2).—Sekretarz K. Kling.

Z g ł o s z o n e o d c z y t y: 1) A. Teodorowicz. „O rozwoju przemysłu oświetlenia gazowego w Galicyi“.

2) Br. Koskowski. „Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w Niemczech i możliwość stworzenia go w Galicyi“.

3) J. Merunowicz. „Badania nad heminą“.

4) L. Bruner. „1) Dynamiczne badania reakcji organicznych. 2) Stan obecny i potrzeby naszej literatury chemicznej“.

6) St. Tołłoczko. „O szybkości rozpuszczania się ciał stałych“.

— X. S e k c y a f i z y o l o g i c z n a: (Ciąg dalszy). Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

14) Prof. Cybulski. „W sprawie teorii prądów elektrycznych tkanek żywych“.

15) Tenże: „O prądach elektrotonicznych“.

16) Tenże: „Wspólnie z pp. Pielą, Czarnikiem i Hubickim. „Mikrokalorymetr i jego zastosowanie“.

17) Stanisław Walecki. „Przyczynę do wyjaśnienia fizyologicznego działania nadnercza“.

18) F. Hortyński. „Przyczynę do badań nad prądami osiowymi“.

XXIV. Sekcja weterynaryjna. Tematy zgłoszone:

1) Biliński Wł. c. k. St. wet. w Brodach. „Markowanie trzody chlewnej“.

2) Tenże: „Własny, oryginalny projekt zaopatrywania zwierząt w pasporty stałe“.

3) Królikowski St. Mag. N. W. Prof. „O potrzebie zmiany ustawy o chorobach zwrotnych pod względem t. z. ślepoty miesięcznej z powodu upowszechnienia się badania oczu u koni za pomocą wziernika“.

4) Tenże: „Program wykładów z działu nauk weterynaryjnych dla różnych kategorii szkół rolniczych i wykładów popularnych dla włościan i mieszczan“.

5) Fedecki J. pow. lek. wet. w Kaliszu. „Statystyka włośnicy (trichinosis) w rzeźniach gubernii Kaliskiej“.

6) Fibich St. prof. dr. „Rzut oka na choroby ryb“.

7) Szpilman J. Prof. dr rektor akad. wet. „Potrzeba utworzenia przy Akademii weterynaryjnych zakładu do badania chorób zakaźnych zwierzęcych, ze względów naukowych i ekonomicznych“.

8) Fried F. st. wet. pow. „Niepłodność u bydła“.

9) Tenże: „Zakaźne ronienie“.

10) Markowski Z. Wet. pow. docent. akad. wet. „Ujednastajnienie we wszystkich—państwach ogłędzin bydła i produktów spożywczych zwierzęcego pochodzenia“.

11) Panek K. Prof. dr. „O związku przyczyny (zarazy pyskowo-racicznej) ze schorzeniami osesków karmionych mlekiem zwierząt chorych na tę zarazę“.

12) Grabski Wł. Prof. „Ubezpieczenie inwentarza żywego od upadku i chorób“.

13) Kiszkiel J. „Porównawcza ocena sposobów oczyszczania odpływów rzeźnianych“.

14) Zaniewski Zb. „Stacya przeciwsięgosuszowa pod Czytą (Syberya wschodnia) i wyrób swoistej surowicy“.

15) Nowak J. Prof. Wszech. krak. „Prątek Banga i jego biologia“.

16) Tenże: „Różnice biologiczne między trzema rasami prątka gruźliczego, a mianowicie między prątkiem gruźlicy ludzkiej, gruźlicy u bydła i gruźlicy ptaków“.

17) Tenże: „Zwalczanie gruźlicy u bydła rogatego za pomocą rozpoznawczego szczepienia tuberkuliną“.

18) Tenże: „Morfologia prątka wąglikowego i o preparatach zwierząt padłych na wąglik“.

— Składki na pomnik M. NENCKIEGO (spis 2-gi)

Wydział gospodarczy X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oraz komitet pomnika podają do wiadomości, iż na pomnik M. Nenckiego wpłynęły w dalszym ciągu, a to od 24 maja do 3 czerwca br. następujące datki:

Na listę pani prof. dr Nadiny Sieberowej (Petersburg) p. pr. dr. N. Sieberowa 100 rb., p. prof. dr Szymon Dzierzgowski 100 rb., p. Władysław Dzierzgowski 100 rb. p. Olga Grigoriewa 1 rb. p. St. Biernacki 50 kop., p. Witold Białosuknia 3 rb., razem 304 rb. 50 kop.=764 kor. 75 g.

Od Wydziału Tow. nauczycieli szkół wyższych (Lwów) 30 kor.; od członków komisji redakcyjnej „Przeglądu lekarskiego“ (Kraków) 50 kor.; od docenta dr Wł. Janowskiego (Warszawa) 32 kor. 40 g.

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

Xeroform

je się do opatrunków suchych.
rych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

wewnętrzne.

Creosotal

dróg oddechowych (pneumonia etc).

Blenal

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadająca zmiana opatrunku. Posiada swoiste działanie w mok-

Płynny związek salicylowy. Płynny i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju. Bardzo słabo drażni skórę. Bez ubocznego działania na narządy

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym autiphtisikum, wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach

Ester kwasu węglowego olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Injectio Hirsch do leczenia syfilisu, jedyny zupełnie bezbolesny preparat Hg, do podskórnych i wewnątrzmięśniowych wstrzykiwań

Bismut. bisalicyl. — Bismut. bitannic.

Próby i literaturę resp. sposób użycia dostarcza: Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel—Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

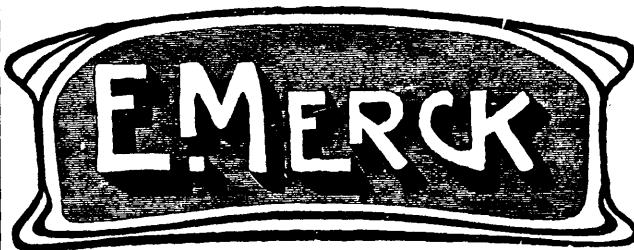
Glycosal

Tropaeocal

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieśniewny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

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

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

RP. Dionin 0,3 grm.

Aqtas laurocerasi 15 grm.

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

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr). Wskazania: neurastenia, histerya, rozstrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphysem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięsiste w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzęsiorędną syfilis, arterioskleroza, szlach, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

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

Tannoform

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

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

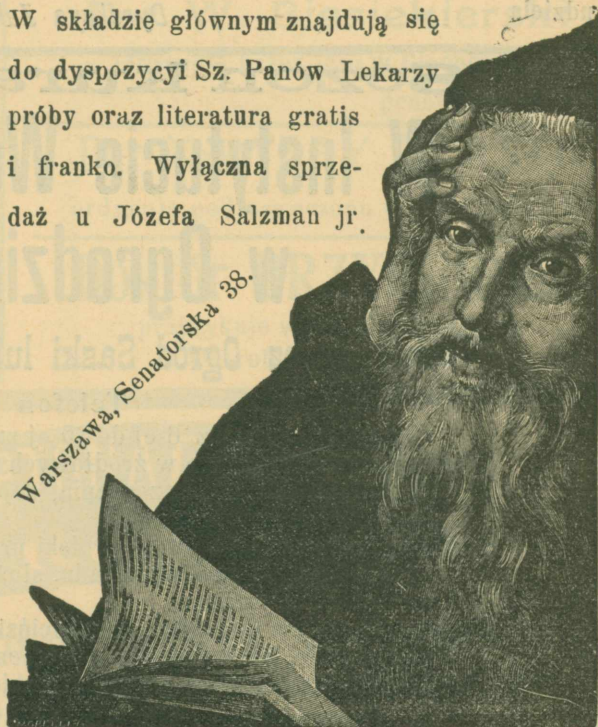
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wornicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

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

Dnia 14 marca 1904 roku.

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

Warszawa, Senatorska 38.



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

D-r Antonio Maggiorani

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność rządowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepływającego ujęcia Wód.***VICHY CELESTINS**Stawość kołódka,
pęcherza,

długotrwale wstrząsach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Stawość wątroby i organów łatwo wydzielających.

VICHY HOPITALStawość kołódka i
kiszekWytworzy ze soli naturalnej ekstrahowanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Można trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydajęca w jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**I W O N I C Z**Zakład zdrojowo - kąpielowy
i klimatyczny (Stacja kolejowa
Iwonicz w Galicyi.)**NAJSILNIEJSZA SZCZAWA SŁONO - JODOWO - BROMOWA.**

Od dawna stwierdzona skuteczność we wszystkich postaciach żółzów (scrofuloza), w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materii. Leczenie ortopedyczne i masażowe.

Inhalatorya systemu „Waldenburga“ i systemu „Clara“. Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana“ tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Docent d-r Antoni Gabryszewski ze Lwowa i D-r Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I-szym od 15 maja do 20 czerwca i w III-cim od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze.

Uwolnienie od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica zakładowa w której odprawia się codziennie Msza Ś-ta.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela

*Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.***Sezon kuracyjny letni**

W Instytucie Wód Mineralnych w Ogrodzie Saskim.

Wejście przez Ogród Saski lub przez Kantor Graniczna 14.**Telefon № 422.**

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

Wody mineralne sztuczne w źródłowych temperaturach.

Wody naturalne świeżego czerpania, doprowadzone do odpowiedniej temperatury.

Serwatka lecznicza na sposób tyrolski przygotowana.

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

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

Zamówienia z prowincji załatwia się szybko i akuratnie.**UWAGA:** Zakład od Kuracjuszków żadnego wpisowego nie pobiera.

Po długoletniej działalności jako specyjalista w Berlinie, praktykuję w lecie w

Bad Reichenhall**D-r FRANCISZEK ROSENFELD**

specyjalista

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

D-r J. KOŁĄCZKOWSKI

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

N A Ł Ę C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie bieżącym gruntownie ulepszone i znacznie powiększone łaźienki do kąpiei żelazistych i błotnych. Kąpiele słoneczne. Leżalnia. Własna kuchnia dyetetyczna. Mleko Miecznikowa. Mleko gazowane i pasteuryzowane. Kefir. Hydro- i elektro-terapia. Masaż. Gimnastyka. Ścisły nadzór lekarski. Poczta i telegraf na miejscu.
Prospekty gratis i franco. Dyrektor zakładu d-r A. PUŁAWSKI. Konsultanci i asystenci. Dozorecznicy chorych.

RADYKAŁNE DZIAŁANIE

Kremu **CAZIMI** METAMORPHOSA



Patent
Angielski.



Źródło
Piękności.

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

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

Krem niedawno demonstrowany był wobec licznej publiczności na wystawie, oraz w różnych punktach Petersburga.

Powodzenie Kremu **CAZIMI** wywołało mnóstwo naśladownictw i falsyfikatów, wobec czego, w celu uchronienia się od tychże żądać należy na WEWNĘTRZNEJ stronie

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

Bad OEYNHAUSEN

(WESTFALJA)

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

D-r W. Biesiekierski

Ordynuje przez lato w Ciechocinku
pensjonat Zachęta.

D-r XAWERY GORSKI

ordynuje podczas sezonu w SZCZAWNICY.

Doktór PRZYREMBEL

praktykuje w CIECHOCINKU.
Choroby chirurgiczne.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana
przez M. Robin'a

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy
i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.
Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości
wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach i w większych składach aptecznych.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenie reprezentant
Władysław Hoffman

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „LEW“ i nazwiska fabrykanta „ROBIN“.





D-ra B. Löwensteina FOSMOZA

Przyjemny i racjonalny pokarm dla:
Dzieci, Matek, Rekonwalescentów i Starców
Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój
krwi, kości i mięśni.

Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia.

Cena pudełka Rb. 1.

Dostać można w aptekach i składach aptecznych.
Skład fabryczny Bracka 4, telef. 25.33.

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

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

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

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom

===== S. KARCZEWSKI =====

Nowo-Senałorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladowstw.

BUSKO

D-r J. Majkowski

ordynuje przez cały sezon (21 maja—20 września). Tegoż do nabycia monografii p. t. „Busko wody siarczano-słone” kop. 60.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju

BAD KREUZNACH

Sezon od 1 maja do 30 września.

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

Wskazania: choroby kobiet i dzieci, żoły, krzywica, choroby skóry, choroby serca, dna i gościec. Wysyłka ługu Kreuznachskiego.

Prospekty gratis i franko za pośrednictwem dydaktyki kąpielowej.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22)
telefon 73 46 albo 44.83

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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