

PRZEGŁĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O funkcyi wydzielniczej jądra komórki wątroby.

Podał

Prof. Browicz.

(Rzecz przedłożona Akademii Umiej. w Krakowie dnia 13 marca 1905).

W roku 1897 w publikacyi o patologicznym stanie jądra komórki wątroby. przemawiającym za tem, iż jądro spełnia funkcyę wydzielniczą (Akad. Umiej. w Krakowie), zwróciłem uwagę, iż w pewnych stanach chorobowych wątroby, jak n. p. w wątrobie biernie przekrwionej, prócz wakuoli, wypełnionych igielkowatymi kryształkami brunatno-czarnymi w cytoplazmie komórek wątroby, spotyka się także i w jądrze komórki wątroby podobne, ściśle ograniczone wakuole, zawierające ziarna barwika brunatnoczarnego lub igielkowate kryształy brunatnoczarne. Uważałem te złogi mylnie za złogi żółciowe i w publikacyi z r. 1898 o zjawiskach krystalizacyi w komórce wątroby (Akad. Umiej. w Krakowie) sprostowałem ten błąd. Przekonałem się bowiem, iż kryształy te powstają pod wpływem formaliny, użytej do stwardniania wątroby, co pierwszy stwierdziłem, oznaczając formalinę niejako za odczynnik mikrochemiczny na hemoglobinę płynną (vide także publikacyę moją w Archiwum Virchowa: „Über die Einwirkung des Formalins auf das in den Geweben vorfindbare Hämoglobin“, t. 162, 1900), że złogi te nie są złogami żółciowymi, lecz produktem pochodzenia hemoglobinowego, powstającym pod wpływem formaliny, kryształami barwikowymi formalinowymi, jak je później (1899) Kobert nazwał.

Z obrazów tych wysnułem podówczas wniosek, iż jądro bierze czynny udział we funkcyi wydzielniczej komórki wątroby. W tymże roku (1897) podałem w publikacyi o budowie komórki wątroby (Akad. Umiej. w Krakowie) szczegół, iż niekiedy w wątrobach żółtaczkowych widzieć można w cytoplazmie komórki wątroby pasemka żółci, śródkomórkowe, ostro ograniczone, wnikające w obręb jądra, że wśród jądra dostrzega się złogi żółciowe (zielona naturalna barwa świadczy o jakości złogów) punktowate. Złogi żółciowe wśród jądra nader rzadko dostrzedz się dają, ale niewątpliwie spotyka się je w jądrze komórki wątroby. Oto drugi szczegół, na którym oparłem twierdzenie o czynnym udziale jądra we funkcyi wydzielniczej komórki wątroby.

W tym samym roku (1897) ogłosiłem w publikacyi: „Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątroby hemoglobinę“ (Akad. Umiej. w Krakowie) spostrzeżenie, iż u psa normalnego w komórce wątroby normalnej głównie w czasie trawienia dostrzega się tak w cytoplazmie, jakoteż w ją-

drze komórki wątroby krwinki czerwone o charakterystycznym wejrzeniu.

W cytoplazmie komórki wątroby dostrzegłem po wstrzyknięciu roztworu hemoglobiny do krwi psa, po transfuzji krwi obcej, innogatunkowego zwierzęcia („Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątroby i mogące stąd powstać obrazy w tej komórce“ i „O pochodzeniu substancji skrobiowatej“, Akad. Umiej. w Krakowie, 1899 i 1901) w cytoplazmie komórki wątroby w wakuolach także gromadki krwinek czerwonych, które przedstawiały częścią wejrzenie prawidłowe, częścią wejrzenie krwinek wylugowanych lub też zlewających się w kule szkliste, barwiące się eozyną, kwasem pikrynowym, fuksyną.

Prócz krwinek w cytoplazmie i w jądrze komórek wątroby normalnej u psa normalnego głównie w czasie trawienia, dostrzegłem w jądrze komórki wątroby i tylko w jądrze kryształy hemoglobiny, pojawiające się już w świeżej, nie stwardnionej wątrobie.

Pojawianie się kryształów tylko w jądrze, jakkolwiek spotyka się krwinki czerwone nawet gromadkami w cytoplazmie komórki wątroby, wskazuje, iż działanie miąższu cytoplazmy, w której krwinki czerwone ulegać mogą wylugowania lub w której tworzyć się z nich mogą kule szkliste, jest inne, aniżeli miąższu jądra. Spostrzeżenie to poparło twierdzenie moje o czynnym udziale jądra komórki wątroby we funkcyi wydzielniczej, t. j. iż jądro wytwarza barwik żółciowy, który przecież powstaje z hemoglobiny.

W roku 1898 dostrzegłem dalszy szczegół, popierający to zapatrywanie („Obraz mikroskopowy komórki wątroby po wstrzyknięciu do żyły szyjnej roztworu hemoglobiny“, Akad. Umiej. w Krakowie), iż tak w cytoplazmie jakoteż w jądrze komórki wątroby po wstrzyknięciu roztworu hemoglobiny do krwi psa po stwardnieniu wątroby w formalinie pojawiają się złogi barwika brunatnego lub prawie czarnego. W jądrach komórek wątroby znajdowały się pojedyncze lub dwa i trzy złogi barwikowe.

W ostatnim czasie znalazłem nowy szczegół, który, zdaniem mojem, stwierdza słuszność mego twierdzenia co do udziału jądra komórki wątroby we funkcyi wydzielniczej komórki, a mianowicie, iż jądro wytwarza barwik żółciowy.

W pewnych przypadkach żółtaczki u noworodków, bo nie we wszystkich przypadkach spotyka się jednaki obraz mikroskopijny, występują w wątrobie kryształy bilirubiny tak tabliczkowate, jakoteż igielkowate, które spotyka się i w innych tkankach organizmu, dokąd bilirubina z krwią się dostaje, we krwi, w moczu. Szczegół dawno zresztą znany.

Kryształy bilirubiny leżą w wątrobie pomiędzy krwinkami czerwonymi w śródzrazikowych naczyńkach włoskowa-

tych krwionośnych, w krwinkach białych, w cytoplazmie komórek wątrobných. Znalazłem je jednakże także w jądrach komórek wątrobných*).

Położenie kryształów wśród jądra komórki wątrobnęj nie podlega najmniejszej wątpliwości. Znajdowałem w jądrze komórki wątrobnęj, w cytoplazmie której n. p. nie było złogów żółci lub kryształów bilirubiny, zazwyczaj jeden kryształ bilirubiny o charakterystycznym wejrzeniu postaciowym i barwnym, rzadko dwa kryształy, niekiedy ukośnie jeden nad drugim leżące, wskutek czego obrys złogu krystalicznego był nierówny, kańciasty. W komórkach wątrobných o dwóch jądrach kryształ bilirubiny tkwił albo tylko w jednym jądrze, gdy drugie nie zawierało kryształu, albo też niekiedy tkwiły kryształy w obu jądrach.

Obecność bilirubiny, produktu komórki wątrobnęj, w jądrze komórki wątrobnęj, stanowi, zdaniem mojem, niewątpliwy, niezbity dowód udziału jądra we funkcyi wydzielniczej komórki wątrobnęj, stwierdza prawdziwość poprzednich moich wniosków, wysnutych z szeregu spostrzeżeń w obrazach mikroskopijnych jądra komórki wątrobnęj. Jądro komórki wątrobnęj wytwarza więc barwik żółciowy, ku czemu służy hemoglobina, której dostawanie się w obręb jądra komórki wątrobnęj stwierdziłem poprzednio tak w komórce wątrobnęj ludzkiej w pewnych stanach chorobowych wątroby, jakoteż eksperymentalnie w komórce wątrobnęj psa.

Prócz funkcyi rozrodczej spełnia więc jądro komórki wątrobnęj także funkcyę wydzielniczą.

II. O doszczętnęj operacyi przepukliny pępkowej ¹⁾.

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Operacya doszczętna przepukliny pępkowej przedstawia o wiele większe trudności, aniżeli przepukliny pachwinowej lub udowej. Także nawroty po operacyi doszczętnęj tej przepukliny bywają o wiele częstsze, aniżeli po operacyach doszczętnych innych rodzajów przepuklin. Według P. Bergera nawroty występują w przypadkach operowanych 15—20% przepuklin mniejszych, zaś w 30% przypadków średnich lub wielkich. Przyczyny tych nawrotów należy szukać raz w anatomicznej budowie pierścienia przepuklinowego przepuklin pępkowych, powtórę w brakach samej techniki operacyjnej. Podczas gdy przy innych przepuklinach wrota przepuklinowe stanowi krótszy lub dłuższy kanał, otoczony warstwami mięśni, przydatnymi do plastycznego pokrycia tego kanału, tu wrota przepuklinowe stanowi bardzo krótki, niepodatny pierścień, utworzony z utkania rozcią-

gnistego; nadto wobec przepuklin znaczniejszych znajdujemy często bardzo znaczny rozstęp mięśni prostych brzucha. Sam worek przepuklinowy jest zrośnięty tu z cienką skórą, pozbawioną podściółki tłuszczowej, przytem jest on zazwyczaj podzielony na liczne komory, do których przyrastają bryły stłuszczonej sieci. Jeżeli nadto uwzględnimy, że przepuklinom pępkowym ulegają po większej części kobiety starsze, otyłe, o zwiotezonych ścianach brzusznych w następstwie licznych porodów, to łatwo pojmujemy, jak znaczne trudności techniczne przedstawia operacya doszczętna wobec takich warunków, a osobliwie, jeżeli ją wykonywamy w sposób typowy, t. j. cięciem, poprowadzonym przez środek obręku. Z powodu licznych zrostów worka przepuklinowego ze skórą i treścią przepukliny możemy łatwo zranić jelito; nadto orientacya jest nadzwyczaj utrudniona. W przypadkach uwięzienia takich przepuklin możemy przy postępowaniu zwyczajnem podczas przecinania pierścienia herniotomem znowu bardzo łatwo naciąć ścianę jelita. Przy tem pozostawiamy właściwy punkt wyjścia nawrotu choroby: ścieńczały pierścień przepuklinowy; zaszycie go w zwykły sposób zabezpiecza nas bardzo mało przed nowem rozstąpieniem się jego ramion.

Jako wielki postęp w technice operacyjnej musimy uważać sposób, opisany po raz pierwszy (1888 r.) przez Amerykanina W. Keena ²⁾, a następnie polecony i ulepszony przez Condamina ³⁾ z Lyonu, t. j. wycięcie pępka przez całą grubość powłok brzusznych, czyli t. zw. omfalektomię całkowitą. W miejsce otwierania worka cięciem podłużnem albo poprzecznem, okraża się przy postępowaniu Condamina okolicę pępka dwoma łukowatemi cięciami, które po powierzchni worka przepuklinowego pogłębia się aż do jego szyi; następnie okala się wrota przepuklinowe cięciem okrężnem i otwiera odrazu otrzewną. Następnie podwiązuje się sieć w kilku pęczkach *en masse*, wycina ją, odprowadza wypadłą pętlę jelitową i zaszywa powłoki brzuszne warstwowo, szyjąc osobno otrzewną, osobno mięśnie i osobno skórę. Metoda ta przedstawia wielorakie korzyści przed dawnem postępowaniem. Przedewszystkiem skraca znacznie i ułatwia cały zabieg. Wewnętrzne ujście bramy przepuklinowej staje się od razu dostępnem, sieć daje się łatwiej wycinać wraz z workiem przepuklinowym, orientacya jest o wiele łatwiejsza, pętla jelita daje się łatwo odprowadzić, a uwięzieta pętla łatwiej uwolnić; rana zbliża się więcej do zwykłej rany laparotomijnej, a szew warstwowy zabezpiecza łatwiej przed nawrotami choroby.

P. Bruns ⁴⁾ (Tybinga) postępował w podobny sposób, co Condamin, jednak zaszywał powłoki brzuszne szwami głębokimi, obejmującymi wszystkie warstwy, czego zdaniem mojem uważać nie można za postęp.

Przypadki Pernicea ⁵⁾ i Langsdorffa ⁶⁾ dowodzą, że po omfalektomii sposobem Condamina wobec przepu-

*) Doszręga się je tak w skrawkach ciętych ze świeżego, nie-stwardnionego, jakoteż z poprzednio stwardnionego mięszu wątroby. Najwygodniej widzieć je można w niezabarwionych skrawkach, ciętych z przymrożonych, w formalinie stwardniałych kawalczków wątroby, badanych n. p. w ośmianiu potasowym. W skrawkach barwionych, traktowanych wyskokiem i ksylolem nikną kryształy, gdyż bilirubina rozpuszcza się nieco w wyskoku, łatwo w ksylolu. Barwiąc jądra n. p. hemotoksyliną należy po ostrożnem odwodnieniu wyskokiem unikać ksylolu, a wyjaśniać tylko olejkami. Wtedy widzi się wśród mięszu jądra, zabarwionego hematokryliną, ceglastoczerwony kryształ bilirubiny.

¹⁾ Częściowo według wykładu w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem, wygłoszonego dnia 21 października 1904.

²⁾ Medical News, 1888 z 25 lutego.

³⁾ R. Condamin (de Lyon). *De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales*. „Archives provinciales de Chirurgie“. 1892, tom I, str. 193 i 1893, tom II, str. 325 i referat w „Centralblatt für Chirurgie“. 1892 Nr. 52 i 1893 Nr. 44.

⁴⁾ P. Bruns: Die Omphalektomie bei der Radicaloperation der Nabelbrüche („Centralblatt für Chirurgie“. 1894, Nr. 1)

⁵⁾ „Centralblatt für Chirurgie“ 1895, Nr. 3, str. 75.

⁶⁾ Ibidem: 1895, Nr. 17, str. 421.

klin bardzo znacznych mogą powstać wielkie trudności przy zeszywaniu powłok brzusznych. Przypadek Langsdorffa wykazuje nadto, że omfalektomia według Condamina nie we wszystkich przypadkach może zabezpieczyć przed nawrotem choroby, gdyż w jego przypadku już po 14 miesiącach nastąpiło ścięczenie blizny. Inni chirurdzy starali się ulepszyć technikę tej operacyi w tym kierunku, ażeby o ile możliwości zabezpieczyć się przed nawrotami choroby przez zastosowanie szwów warstwowych, albo też przez utworzenie płatów mięśniowych uszypulkowanych.

Gersuny⁷⁾ okala cięciem bliznę pępkową, oddziela na tępo worek przepuklinowy, otwiera go, podwiązuje i wycina sieć i worek, zaszywa osobno otrzewną, a następnie bramę przepuklinową w kierunku poprzecznym. Następnie przecina nożyczkami pochwę obu mięśni prostych brzucha na ich częściach dośrodkowych, odpreparowuje ich smugi ścięgliste (*inscriptions tendineae*), przez co mięśnie stają się bardziej przesuwalne, zszywa ich brzegi dośrodkowe szwem, obejmującym także smugi ścięgliste. Przez to przybliża do siebie na znaczniejszej przestrzeni oba mięśnie proste, przez co mięśnie tę tworzą następnie twardą zaporę dla tłoczni brzusznej; ranę skórną zaszywa z osobna.

Ostermayer⁸⁾ (Budapeszt) operował w podobny sposób, co Gersuny, jednak wyciął przy tem pierścień przepuklinowy, co w każdym razie lepiej może zabezpieczyć nas przed nawrotem choroby, aniżeli proste zeszywanie bramy przepuklinowej (Gersuny).

Dauriac⁹⁾ wypręparował z dośrodkowych części obu mięśni prostych brzucha po jednym podłużnym płacie, krzyżował je następnie i przyszywał końce każdego z płatów tych po przeciwniej stronie.

M. Wołkowiec¹⁰⁾ z Warszawy przyszedł niezależnie od Dauriac'a na podobny pomysł. Radzi on przy przepuklinach w smudze białej i przepuklinach pępkowych, w celu zapobieżeniu nawrotom przy operacyach doszczętnych albo krzyżować mięśnie proste brzucha albo nasuwać je poza siebie. W obu postępowaniach należy poprzednio wycinać zupełnie worek przepuklinowy i zaszywać wrota przepuklinowe. Mięśnie proste brzucha należy przy tem obnażyć z pokrywającej je pochwy. Krzyżowanie odbywa się w ten sposób, że odpreparowane dośrodkowe połowy tychże przecina się poprzecznie powyżej i poniżej pępka, przez co tworzą się dwa czworoboczne płaty. Górny lewy płat łączy się za pomocą szwu z prawym dolnym, prawy zaś górny z lewym dolnym. Na miejscu najslabszym, odpowiadającym dawnej bramie przepuklinowej, powstaje przez to zaporę ze zdwojonych w ten sposób płatów mięśniowych.

Nasuwanie mięśni prostych jeden na drugi wykonywa się w ten sposób, że oba środkowe czworoboczne płaty nakłada się jeden na drugi i przymocowuje do siebie za pomocą szwu.

⁷⁾ R. Gersuny: Eine Methode der Radicaloperation grosser Nabelhernien. („Centralblatt für Chirurgie“, 1893, Nr. 43, str. 921).

⁸⁾ Por. „Centralblatt für Chirurgie“, 1894, Nr. 5, str. 97.

⁹⁾ I. Dauriac: Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et des éventrations. („Progres medical“, 28 kwietnia, 1894. „Gazette des Hopitaux“, 1894, str. 675 i These de Paris, 1896, Nr. 168).

¹⁰⁾ Maksymilian Wołkowiec: Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych, mające na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. („Gazeta lekarska“, 1896, Nr. 6—12).

Oba pomysły, tak Dauriac'a, jak i Wołkowiec'a, są zbyt skomplikowane, nadto z mięśni wytwarza się płaty mięśniowe uszypulkowane, które, jak doświadczenie poucza w następstwie mogą zaniknąć; dlatego też obie te metody nie zyskały zwolenników.

Większej natomiast doniosłości praktycznej jest metoda, którą podał D. Biondi¹¹⁾ z Cagliari. Autor ten wychodzi z zapatrywania, że szew założony w jednym (pionowym) kierunku, nawet jeżeli jest wielowarstwowym, zawsze stanowi miejsce słabszego oporu. Dlatego radzi po odprawieniu jelita i wycięciu worka zaszywać brzegi otworu w otrzewnej i tylną pochwę mięśni prostych w kierunku poziomym, mięśnie same w kierunku pionowym, przednią pochwę mięśni prostych znowu w kierunku poziomym, skórę brzucha znowu w kierunku pionowym. Przez skrzyżowanie się różnych warstw szwów powstawać ma blizna silniejsza, chroniąca przed nawrotem choroby.

Powyżej przytoczyłem najważniejsze metody operacyi doszczętniej, podane w ostatnich czasach, a mające na celu uzyskanie trwalszych wyników ostatecznych po tym zabiegu. Jeżeli się teraz zwrócimy do najnowszych podręczników chirurgii, przekonamy się, że pod względem, której metodzie należałoby oddać pierwszeństwo przed innemi, mało napotkamy zdań zgodnych. Najwięcej polecanymi bywają postępowania Gersunyego i Biondiego¹²⁾. Natomiast o nowych tych pomysłach nie znajdujemy wzmianki w najnowszych podręcznikach chirurgii operacyjnej. Przytoczę tu tylko dzieła: Kochera¹³⁾ i Jacobsona¹⁴⁾, oba uważane jako najlepsze.

Kocher prowadzi cięcie poprzeczne powyżej albo poniżej pępka, zależnie od większego rozwoju przepukliny ponad albo poniżej pępka, odpreparowuje worek przepuklinowy aż do wrót przepuklinowych i otwiera go. Radzi on podwiązywać sieć zawsze w małych pęczkach i możliwie przy obwodzie wyciąć. Podwiązanie większych części sieci w czambuł usposabia do zakrzepów i zgorzeli. Otrzewną ucina na zewnątrz wrót przepuklinowych i zaszywa ją razem z pierścieniem przepuklinowym.

Jacobson odpreparowuje worek na tępo aż do szyi, odcina go, zaszywa otrzewną szwem z cienkiego jedwabiu, podocnie zaszywa brzegi pierścienia przepuklinowego, ranę skórną zaszywa włosiem końskim.

Mojem zdaniem dobra metoda doszczętniej operacyi przepukliny pępkowej powinna spełniać dwa zadania: 1) powinna ułatwiać i upraszczać sam akt operacyi; 2) powinna wytworzyć silne zamknięcie powłok brzusznych, któreby było w stanie stawić silny opór ciągle działającej tłoczni śródbrzuszej, jak również ciąglemu działaniu bocznych mięśni brzusznych (*m. m. obliquus abdom. externus, internus et transversus*).

Metoda, któraby tym zadaniom sprostać mogła i któraby we wszystkich niepowikłanych i powikłanych (uwię-

¹¹⁾ D. Biondi: W sprawie leczenia przepuklin pępkowych. („Clinica chirurgica“, 1895, Nr. 8 i ref. w „Centralbl. für Chir.“ 1895, Nr. 50).

¹²⁾ Porównaj: Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz: Handbuch der praktischen Chirurgie. 1900, tom III, część I, str. 792.

¹³⁾ Theodor Kocher: Chirurgische Operationslehre, IV wydanie, 1902, str. 750.

¹⁴⁾ Jacobson: Operations of Surgery IV. wydanie, tom II, str. 50.

znęcie) przypadkach dała się zastosować, zasługiwałyby na pierwszeństwo przed innemi.

Ze wszystkich metod, wyżej przytoczonych, najwięcej odpowiada pierwszemu zadaniu metoda Condamina, gdyż pozwala najłatwiej oryentować się i ułatwia tak manipulacje na worku przepuklinowym samym, jak i na jego treści; po części spełnia ona i drugie zadanie, gdyż zeszyte odświeżonych brzegów pierścienia i założenie szwu warstwowego daje daleko niepodatniejszą bliznę, aniżeli samo zeszyte brzegów pierścienia. Drugiemu zadaniu odpowiadają metody wyżej przytoczone tylko po części, gdyż nawroty przepukliny powstają nie tylko przy użyciu szwu warstwowego bez wycięcia pierścienia, ale i po wycięciu go, a także przy użyciu metod Gersuniego i Biondiego. (C. d. n.)

III. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dr. Gluzinski).

Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi.

Podał

Dr. Wincenty Czernecki,

demonstrator kliniki lekarskiej.

(Dokończenie.)

Przytoczę teraz dla poczynienia wniosków przynajmniej kilka z badanych przypadków.

Przypadek I. K. L., lat 18. Rozpoznanie: *Chloranaemia*.

Wyniki otrzymane przedstawia tablica:

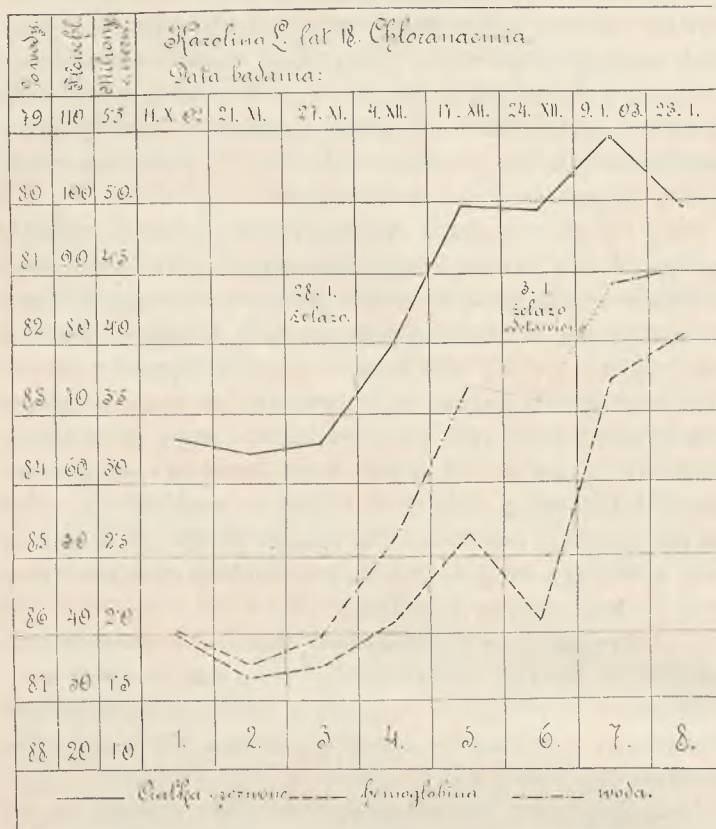
Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl. sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
1902						
1.	11/XI	3,365.000	8.827	40	0.59	85.98
2.	21/XI	3.224.000	5.624	33	0.51	86.45
3.	27/XI	3.285.000	6.875	35	0.53	86.14
28/XI zaczęto podawać pigułki Blanda.						
4.	4/XII	4.000.000	11.406	42	0.52	84.72
5.	17/XII	4.991.000	7.812	53	0.53	82.6
6.	24/XII	4.912.000	6.250	42	0.42	—
1903						
3/I przestano podawać żelazo.						
7.	9/I	5.450.000	8.750	75	0.68	81.2
8.	23/I	4.950.000	8.125	81	0.81	81.02

Liczby, przedstawiające zachowanie się ilości ciałek czerwonych, hemoglobiny i ilości wody, ująłem w graficzny rysunek, z którego widzimy, że w I-szym okresie (badanie 1, 2) mamy lekkie pogorszenie się stanu krwi, w II-gim (badanie 2, 3) lekkie polepszenie. Po rozpoczęciu leczenia żelazem poprawa idzie szybszym krokiem. W badaniu 6-tym mamy chwilowe pogorszenie się powtórne; niestety, braknie tu oznaczenia ilości wody, a krzywa jej byłaby w niezgodzie z innymi, gdybyśmy krzywą wody w badaniu 5. połączyli z dalszym ciągiem tej krzywej w badaniu 7. linią prostą; należy jednak przyjąć domniemany przebieg tej krzywej, zaznaczony linią kropkowaną.

Po zaprzestaniu podawania żelaza w jakiś czas spada liczba ciałek czerwonych, a i inne krzywe nie okazują już takiej tendencji do wznoszenia się.

Wynik tego badania jest następujący: W miarę poprawy stanu krwi, sądząc o nim z liczby ciałek czerwonych

i hemoglobiny, oznaczonej przyrządami Fleischla, spada również ilość wody, z dwóch więc pierwszych ilości można wnioskować o trzeciej.



Przypadek II. J. F., lat 26. Rozpoznanie: *Aortitis et periaortitis post influen zam, chloranaemia*.

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl. sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
1902						
1.	12/XII	3,085.000	7.200	20	0.32	86.7
15/XII zaczęto podawać pigułki Blanda.						
1903						
2.	2/I	4,050.000	6.030	37	0.45	84.54
17/I żelazo przestano podawać.						
3.	17/I	4,450.000	—	43	0.48	—
4.	26/I	5,050.000	4.400	60	0.59	81.81
5.	5/II	5,050.000	7.100	71	0.7	81.4
6.	24/II	4.368.000	5.500	67	0.77	—

Badanie w tym przypadku wykazuje wyraźną zgodność liczby ciałek czerwonych, hemoglobiny i wody.

Przypadek III. M. L., lat 25. Rozpoznanie: *chloranaemia gravis sequ. thrombosi venae saphenae dextrae*.

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl. sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
1903						
1.	3/XII	2,830.000	5.400	30	0.45	87.8
2.	29/XII	4,600.000	8.128	55	0.53	83.8
1904						
3.	19/II	4,600.000	6.700	75	0.73	82

W przypadku tym, w miarę ogólnego polepszania się stanu chorej i w miarę poprawy stanu krwi, sądząc o niej według dotychczasowych sposobów badań, zmniejszają się równorzędnie i proporcjonalnie liczby, wyrażające zawartość odsetkową wody we krwi.

Przypadek IV. *M. M.*, lat 55. Rozpoznanie: *Anaemia gravis. Achylia gastrica, enteritis catarrhalis chronica.*

Stan chorego wskutek leczenia. zwróconego na prze-wód pokarmowy, znacznie się poprawił.

Badanie krwi wykazywało:

Nr. bada-nia	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl sposobem Fleischla	Wska-żnik	Od-setkowa ilość wody
1902						
1.	15/V	975.000	2.500	30	1·5	89·01
2.	9/VI	1.700.000	5.000	25	1·4	87·3
3.	20/VI	2.265.000	—	55	1·2	86·2
4.	3/VII	3.141.000	5.825	59	0·9	80·2

Liczba ciałek czerwonych z niespełna 1-go miliona podniosła się na 3 miliony; ilość hemoglobiny również, lecz w mniej szybkim tempie tak, że wskaźnik z „1·5” spadł na „0·9”, a wody równocześnie ubyło 9%.

Przypadek ten również przemawia za tem, że dotych-czasowy praktyczny sposób badania stanu krwi pozwala kli-nicznie wnioskować zupełnie zadowalniająco.

Przypadek V. *T. S.*, lat 43. Rozpoznanie: *Anaemia gravis probabiliter neoplastmatica, tumor hepatis et lienis.*

Nr. bada-nia	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl sposobem Fleischla	Wska-żnik	Od-setkowa ilość wody
1902						
1.	3/XII	2.015.000	7.500	52	1·3	84·05
1903						
2.	23/II	2.241.000	5.094	45	1·0	85·54
3.	10/III	1.725.000	6.843	45	1·3	85·8
4.	5/IV	1.400.000	5.718	30	1·0	86·58

W przebiegu przypadku tego łatwo stwierdzić można, że równorzędnie ze zmniejszaniem się liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny zwiększa się stopień wodnistości krwi. Mamy więc i w tym przypadku dowód, że opierając się na samem oznaczaniu liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, możemy dobrze wnioskować o poprawie lub pogorszeniu się stanu krwi.

Przypadek VI. *F. B.*, lat 45. Rozpoznanie: *Anaemia gravis.*

Nr. bada-nia	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl sposobem Fleischla	Wska-żnik	Od-setkowa ilość wody
1902						
1.	3/VII	1.247.000	6.562	23	0·92	88·99
2.	15/VII	1.155.000	4.875	31	1·3	—
3.	4/X	1.065.000	4.687	26	1·2	—
4.	17/X	1.085.000	9.464	28	1·27	—
5.	30/X	2.178.000	6.940	40	0·9	85·3
6.	6/XI	3.000.000	6.562	48	0·8	—
7.	11/XI	3.300.000	9.400	45	0·68	83·28
8.	19/XI	3.475.000	7.700	70	1·0	82·91
9.	26/XI	3.500.000	11.000	56	0·8	83·29
10.	3/XII	3.970.000	9.400	45	0·56	82·20
11.	29/XII	4.450.000	8.800	58	0·65	81·14
1903						
12.	9/I	3.637.500	8.400	77	1·06	81·62
13.	2/II	3.838.000	8.531	58	0·76	—
14.	18/II	3.595.000	6.950	73	1·0	81·42
15.	5/III	3.745.000	6.200	62	0·82	—
16.	15/IV	1.200.000	4.400	30	1·25	—
17.	17/V	1.875.000	7.500	40	1·08	86·6
18.	11/VI	1.475.000	5.312	35	1·2	87·17
19.	29/VI	1.660.000	4.781	33	1·0	87·84
20.	16/VII	2.987.000	3.437	20	0·3	87·28

W tym przypadku każdorazowe pomnożenie się liczby ciałek czerwonych zgadza się ze zmniejszeniem ilości wody.

W rażącej natomiast niezgodzie pozostają z ilością wody liczby Fleischla, n. p. w badaniu Nr. 8, 10, 14, tak, że tylko uciekając się do słusznej uwagi Biernackiego o możliwości istnienia krwi więcej lub mniej jasnej, możemy sobie te liczby wytłómaczyć.

Przypadek VII. *E. L.*, lat 47. Rozpoznanie: *Adenocarcinoma peritonei. Pyelonephritis abscedens ambilateralis subsequ. anaemia gravi.*

Nr. bada-nia	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl sposobem Fleischla	Wska-żnik	Od-setkowa ilość wody
1902						
1.	22/X	826.000	4.687	21	1·2	88·01
2.	30/X	1.020.000	4.843	20	1·0	89·05
3.	5/XI	1.081.000	5.703	19	0·86	90·8
4.	18/XI	1.170.000	4.421	24	1·0	88·78
5.	27/XI	1.250.000	3.828	26	1·04	87·13
6.	4/XII	1.115.000	6.850	23	1·04	88·09
7.	16/XII	1.000.000	4.375	20	1·0	89·59
1903						
8.	5/I	1.153.000	3.218	17	0·73	88·73
9.	22/I	750.000	2.890	13	0·86	89·03
10.	3/II	472.000	7.814	19	1·9	—
11.	10/II	537.000	4.687	19	1·9	—
12.	21/II	508.000	3.250	18	1·8	91·2
13.	26/II	378.000	2.687	16	2·6	—
14.	28/II	363.000	2.500	14	2·3	—
15.	2/III	426.000	2.031	16	2·2	—

Przebieg zachowania się krwi o tyle przemawia za zdaniem wyżej wypowiedzianem, że każdorazowemu zwiększeniu lub zmniejszeniu się ciałek czerwonych odpowiada także wahanie w zachowaniu się ilości wody, prócz badania Nr. 1 i 2, gdzie różnica leży jednak w granicach błędu, przy badaniu dopuszczalnego. Nie zgadza się jednak o tyle, że małym wahanom ciałek czerwonych odpowiada duże wahanie ilości wody. Liczby Fleischla zachowują się w tym przypadku również zgodnie z innemi ilościami.

Przypadek VIII. *E. B.*, lat 23. Rozpoznanie: *Lymphosarcomatosis universalis.*

Nr. bada-nia	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. ³	Liczba ciałek białych w 1 mm. ³	Hgl sposobem Fleischla	Wska-żnik	Od-setkowa ilość wody
1902						
1.	16/X	4.100.000	12.578	75	0·91	82·5
2.	1/XII	4.655.000	24.687	55	0·58	82·68
3.	16/XII	4.175.000	28.312	48	0·57	82·81

Na tym przypadku mamy wybitny przykład, że liczenie ciałek czerwonych i oznaczanie hemoglobiny sposobem Fleischla daje nam wcale dobre wyobrażenie o stanie krwi, zgodne z każdorazową ilością wody.

Przypadek IX. *A. W.*, lat 39. Rozpoznanie: *Leukaemia myelogenes.*

Nr. bada-nia	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 ctm. ³	Liczba ciałek białych w 1 ctm. ³	Hgl sposobem Fleischla	Wska-żnik	Od-setkowa ilość wody
1902						
1.	3/III	2.587.000	51.875	34	0·65	86·04
2.	16/III	2.650.000	55.700	32	0·6	—
3.	5/IV	2.420.000	62.240	36	0·75	—
4.	29/IV	2.750.000	11.563	18	0·32	88·4
1903						
5.	1/V	2.450.000	8.750	23	0·46	—
6.	9/V	1.525.000	2.890	27	0·9	89·5

Przypadek ten również dowodzi, że na dotychczasowym sposobie badania krwi można polegać w ocenianiu, czy „niedokrewność“ jest większego lub mniejszego stopnia.

Prócz przytoczonych przypadków przeprowadziłem cały szereg poszczególnych badań, których nie przytaczam, nie chcąc przedłużać protokołów.

Zanim przystąpię do zebrania ogólnych wniosków, które się dadzą wyciągnąć na podstawie przeprowadzonych przezemnie oznaczeń, kilka słów jeszcze poświęcę samej metodzie Fleischla oznaczania hemoglobiny.

Mayer³⁾ w swej zdumiewająco drobnostkowej pracy wykazał, że liczby odczytane na przyrządzie Fleischla są zawisłe nie tylko od samego przyrządu z powodu jego niedokładnego czasem wykonania, od sposobu użycia, oświetlenia, napełnienia pipety i naczynka, ale także od indywidualnych cech badaczów, t. j. od nieczułości niektórych na barwę czerwoną, od stanu psychicznego badającego, od czynników natury optycznej, a nawet od czucia mięśniowego i t. d. Sama więc już zasada przyrządu, czyniąc wyniki zawisłymi od tylu czynników, dopuszcza błędy, a nadto nasuwa się nam myśl, że jestto właściwie nie oznaczanie ilości hemoglobiny, a raczej ocenianie natężenia zabarwienia krwi; prócz hemoglobiny bowiem znajdowano inne jeszcze barwiki krwi. Sam jednak wynalazca przyrządu uchylił się od odpowiedzialności co do wyników, które wymagają większej dokładności niż 10%.

Z badaczy, używających tego przyrządu, jedni odmawiają tej metodzie wartości badania ścisłego, inni natomiast twierdzą, że wprawdzie przyrząd nie podaje nam bezwzględnych wartości hemoglobiny, wystarcza jednak dla celów klinicznych, zwłaszcza dla badań porównawczych, że ilości odczytane na przyrządzie Fleischla wypadły zgodnie z ilościami spektrofotometrycznymi.

Z mej strony nadmienić muszę, że dokładnem i troskliwem przeprowadzeniem tej metody wielu błędów można uniknąć, że błędy te, jeżeli badający używa zawsze tego samego przyrządu, nie są zbyt wielkie, a jeżeli są, to zdarzają się w tym samym stopniu stale i porównawczemu wnioskowaniu nie przeszkadzają. Dla badań porównawczych może zatem sposób ten zupełnie wystarczyć.

Przechodząc obecnie do własnych wyników pracy, to podnieść odrazu należy, że gdybyśmy ograniczyli się jedynie do higrometrii, natenczas rozmaite postacie chorobowe musielibyśmy oznaczać jedynie jako „hidremia“, nie odróżniając pewnych typów, tak potrzebnych przy klinicznem ocenianiu przypadku chorobowego.

Zaprzeczyć nie można, że metoda higrometryczna jest najdokładniejszą (prócz chemicznych) ze wszystkich metod klinicznego badania krwi i że liczby, oznaczające hemoglobinę przyrządem Fleischla, wzięte same dla siebie, mają wartość względną, której naturalnie na pierwszy plan wysuwać nie należy. Natomiast zaprzeczyć się nie da, że przy uwzględnianiu wyników innych badań, jak oznaczania liczby ciałek czerwonych, mikroskopowego obrazu krwi i t. d., nabiera ona na znaczeniu i z praktycznego użycia usunąć jej się nie powinno. Jako dowód wystarczający dla poparcia naszego twierdzenia służyć może ten fakt, że w moich poszukiwaniach przy każdorazowej znaczniejszej zmianie krwi,

sądząc o tem z liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, ze znikomo małymi wyjątkami mniej więcej znajdowałem równorzędnie również takie same wahania w ilościach wody.

Podnieść także muszę, że w wielu razach każdorazowa liczba ciałek czerwonych odpowiadała wcale dobrze ilościom wody, jeżeli tylko liczby Fleischla nie okazywały zbyt wielkich wahań.

Wyniki zatem moich badań są następujące:

Z oznaczenia liczby ciałek czerwonych, ich postaci, ilości hemoglobiny, dotychczasowymi sposobami, używanymi w klinice, można uzyskać wystarczające dane dla praktycznego ocenienia stopnia i typu „niedokrewności“.

Z drugiej strony podnieść należy, że higrometria jest metodą, zasługującą na wprowadzenie do praktycznego użycia przy badaniach dokładniejszych, jest ona bowiem najściślejszą, ale codziennemu jej użyciu dla lekarza praktycznego stają na przeszkodzie techniczne trudności; — szczęściem, że dawniejsze sposoby, używane dotąd w praktyce, t. j. oznaczanie liczby ciałek czerwonych, hemoglobiny i badanie mikroskopowe nie potrzebują tracić swego znaczenia i wystarczają w największej liczbie przypadków dla klinicznej orientacji.

IV. Oceny i sprawozdania.

Hecker i Trumpp: *Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde*. (München 1905. J. F. Lehmann's Verlag. Cena: Mk. 16.)

W zbiorze lekarskich atlasów, wydawanych przez Lehmann'a, wyszedł świeżo Atlas pedyatrii, połączony z krótkim zarysem. Autorowie postanowili zapełnić lukę, jaka istnieje w piśmiennictwie pedyatrycznem, podobnego bowiem zbioru rycin dotychczas nie było. Celem było przytem ułatwienie młodym lekarzom i studentom — wobec braku w wielu uniwersytetach niemieckich klinicznego nauczania pedyatrii — zrozumienia podręczników. Jednak, jak zresztą już sami autorowie zaznaczają, nawet najlepszy podręcznik i atlas nie może zastąpić klinicznego spostrzegania. Przytem, o ile znaczna część obrazów chorobowych da się dobrze uzmysłowić w rycinach, przy całym szeregu innych zbroczeń przedsięwzięcie to tylko bardzo niedostatecznym bywa uwieńczone wynikiem, nawet przy użyciu tablic barwnych. W danym atlasie tablice, wyobrażające płoniec, odrę, wyprysk, zmiany w jamie ustnej i w gardle przy płonicy, błonicy, pleśniawkach i t. d. mogą być na to wybitnym dowodem. W wielu przypadkach nawet doświadczonemu klinicyście trudnoby było na pewno orzec, o co chodzi. Wreszcie w wielu chorobach n. p. w płonicy, gdzie uczący powinien się zapoznać z całą gamą obrazów, od płonicy bezwysypkowej do przypadków o bardzo nasilonej wysypce i znów do przypadków piorunujących, w których nie ma czasu na rozwinięcie się typowej wysypki, jedna rycina tem bardziej nie wystarcza. Są to jednak wady, z których niepodobna robić zarzutu autorom Atlasu; dotyczą zresztą pewnych tylko działów. Poza tem ryciny są przeważnie dobre i liczne. Znajdujemy w Atlasie 48 tablic barwnych i 144 czarnych rycin. Ryciny przedstawiają szczegóły z rozwoju dziecka, wykonywanie badania, zmiany kliniczne, zabiegi lecznicze, obrazy anatomopatologiczne i histologiczne.

Tekst na 466 stronach małej 8-ki zawiera w zwięzłej postaci wszystko ważniejsze. Bez drobnych usterek się nie obyło. I tak brakuje n. p. (str. 406) opisu zapalenia otrzewnej pneumokokowego, które, zwłaszcza u dzieci, wyróżnia się od innych jako odrębny obraz kliniczny; ciemną przy wodogłowie przewlekłym żywo tętnić (str. 218), czego

³⁾ Mayer: Die Fehlerquellen der Hämatometeruntersuchung. („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“ Bd. 57. S. 166).

się przeważnie nie stwierdza; meningokok (str. 206) ma w wysięku odbarwiać się Gramem, w preparacie z hodowli nie; tymczasem zawsze się odbarwia; wysięk opłucnowy przy przebiegu jamy gruźliczej (str. 183) ma być ropny, a zawierać ciała jednojądrzaste, co jedno drugiemu przeczy. Wogóle jednak tekst jest dobry i doprowadzony do wyników ostatnich lat. To też książeczka będzie niewątpliwie także jako „repetitorium“ dla studentów pożądaną nowością.

Lewkowicz.

Blau (Berlin). **Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde.** (S. Hirzel. Lipsk 1904).

Sprawozdania Blaua, pojawiające się regularnie co 2—3 lata na półkach księgarskich, stały się z czasem niezbędnym i z niecierpliwością oczekiwanym wydawnictwem, zwłaszcza dla specjalistów i pracujących w dziedzinie chorób usznych. Dają one obraz przeglądowy i wyczerpujący piśmiennictwa tego przedmiotu i przedstawiają sprawozdanie zbiorowe z kilkuletniego międzynarodowego dorobku naukowego na polu otyatrii. Ostatnie takie sprawozdanie obejmuje prace z lat 1901 i 1902 i odznacza się temi samymi zaletami, co i sprawozdania poprzedzające, które niejednokrotnie podnosiliśmy w „Przegl. lekarskim“. Na szczególne uznanie zasługuje całkiem przedmiotowe oddawanie głównych myśli autorów poszczególnych prac, przy czem B. z dziwną bystrością umysłu trafia zawsze w jądro rzeczy. Wobec ogromnego wzrostu odnosnego piśmiennictwa podziwiania godną jest wytrwałość i pilność autora, który nie szczędził trudu, by podać całkowity i dokładny obraz piśmiennictwa danego okresu i zakresu. Lekarze, nie będący w stanie śledzić za całym otyatrycznym ruchem naukowym, znajdują w tem „Sprawozdaniu“ doskonały, treściwy i gruntowny przegląd nowszych zdobyczy nauki, o wszystkim, co na tem polu w przeciągu tego czasu zdziałano. Z tych powodów należy tej pracy przypisać doniosłe znaczenie i rzeczywistą pożyteczność pod względem naukowym i praktycznym.

Spira.

v. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Ahlfeld. **Działanie mięśni klatki piersiowej i przepony u płodu podczas życia śródmacicznego. O oddychaniu śródmacicznym.** (*Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, T. XXI, Z. 2, 1905). U wielu kobiet w końcowych miesiącach ciąży daje się zauważyć miarowe, faliste podnoszenie się i zapadanie powłok brzusznych w okolicy pępka, w miejscu, odpowiadającemu ułożeniu klatki piersiowej płodu. Ruchy te występują okresowo, trwają czas krótszy lub dłuższy i nie mają nic wspólnego ze zwykłymi ruchami płodu, jakimi są ruchy ułóżek, prostowanie kręgosłupa i t. d. Ahlfeld zdejmował ruchy te zapomocą kymografu i przekonał się, że przeciętnie wypadła na jedną minutę 61 wychyleń, że między całymi seryami wychyleń występują przerwy i że stosunek ramienia wstępującego do zstępującego wynosi 34:8: 65:2. Chodzi teraz o przekonanie się, skąd te miarowe faliste ruchy pochodzą, czy przypadkiem nie są one spowodowane tętnieniem aorty, lub też kurczeniem się poszczególnych części mięszni macicy, czy wreszcie powód ich nie tkwi w oddychaniu samej matki? Przez odpowiednie badania i wykluczenia doszedł A. do wniosku, że ruchy te odnieść można li tylko do samego płodu, a wnioskując z rytmu, jakoteż z miejsca, w którym najwyraźniej występują, przypisać je należy działalności klatki piersiowej płodu, — czyli, według niego, mamy do czynienia z oddychaniem płodu już wewnątrz macicy. Na poparcie tych swoich spostrzeżeń, jak również tłumaczenia tych zjawisk, przytacza A. jeszcze dalsze czynniki, mianowicie, że krzywa oddychania płodu tuż zaraz po urodzeniu mało czem różni się od krzywej oddychania śródmacicznego; powtóro, że plyn, wzięty tuż zaraz po urodzeniu się główki, wypływający z otworów nosowych, zawiera całą florę pochwy, wreszcie przytacza dwa przypadki, gdzie u płodów, u których było zupełnie zwięźnięcie przelyku, a poniżej tegoż połączenie z tchawicą, miał znajdować w smółce składniki wód płodowych. Na pytanie, na co właściwie istnieje to oddychanie śródmaciczne, kiedy płód dostatecznie jest zaopatrywany w tlen ze strony matki, od-

powiada autor w ten sposób, że mamy do czynienia z powolnym przygotowywaniem się i ćwiczeniem narządów oddechowych do późniejszej ich pracy. Oddychanie śródmaciczne jest bardzo powierzchowne tak, że wody płodowe w prawidłowych warunkach przy wdechu nie dostają już poza rozgałęzienie tchawicy. Prócz wyżej wymienionych ruchów falistych daje się według Ahlfelda stwierdzić jeszcze jeden rodzaj ruchu, mianowicie w miejscu, odpowiadającemu ułożeniu klatki piersiowej płodu, silne uderzenia, okresowo po 20—30 uderzeń na minutę. Uderzenia te przy osłuchiwaniu ciężarnych można słyszeć już w pierwszej połowie ciąży, nierzadko wcześniej jeszcze od tonów serca płodu. Na podstawie umiejscowienia tych uderzeń, badania krzywych, wziętych z tych uderzeń, jak również na podstawie badania rytmicznych skurczów przepony, występujących u noworodków, dochodzi Ahlfeld do przekonania, że i te krótkie okresowe uderzenia, dające się spostrzegać w ciąży, są nieczem innem, jak również skurczami przepony, występującymi u płodu.

Dr. Cetnarowski.

G. Walcher. **O dowolnem wytwarzaniu krótko- i długogłowia (*brachy- et dolichocephalia*) czaszki dziecięcej.** (*Zentralblatt für Gyn.*, 1895, Nr. 7). W. przekonał się na licznych materyale, że stale układanie zdrowego dziecka w pierwszych miesiącach życia na wznak lub na bok wywiera rozstrzygający wpływ na postać jego czaszki, a mianowicie, że ciągłe leżenie na wznak wytwarza krótkogłowia, a na bok długogłowia. Dołączony rysunek przedstawia czaszki bliźniąt zdrowych, nie obciążonych krzywicą, równo rozwiniętych, u których zdołano przez odpowiednie układanie otrzymać już po 10 dniach 2 różne typy czaszek. Wytworzenie się pewnych cech w budowie czaszki, stanowiących charakterystykę różnych ras, skłonny jest W. wprowadzić w związek przyczynowy z rozmaitymi u różnych ludów zwyczajami powijania i układania niemowląt. Zachęcając kolegów do zbierania dalszych spostrzeżeń, spodziewa się autor, że tą drogą dojdziemy do zasadniczych zmian wielu poglądów w dziedzinie antropologii.

B. Wojciechowski.

H. Raszkos. **Uwięźnięcie tyłozgiętej i tyłopochylonej macicy w 6 miesiącu ciąży. Zgorzel błony śluzowej pęcherza moczowego. Przerwanie ciąży metodą Bossiego.** (*Ginekologia*, 1905, Nr. 1). U 26-letniej kobiety, która dwa razy rodziła prawidłowo, ustała miesiączka przed 6 miesiącami, a od kilku tygodni pojawiły się ruchy płodu. Od 8 dni bole dołem brzucha, bezwiednie oddawanie moczu, potem wymioty, a równocześnie ruchy płodu ustaly. Ciężota 38-0, tętno 150, drobno, mocz odpływa ciągle kroplami. Brzuch bolesny; dolną jego część zajmuje guz elastyczny, sięgający na 3 palce nad pępkiem. Część pochłowa bardzo wysoko, ściana tylna pochwy wypukła silnie przez guz. Odprowadzono dużą ilość moczu mętnego, cuchnącego, którego druga część zawierała wielką ilość strzępów martwiczych. Guz sięgał teraz 3—4 palce ponad spojenie i robił wrażenie macicy. Odprawienie guza udało się dopiero przy drugiej próbie, nazajutrz, w położeniu kolankowo-łokciowym, — poczem wprowadzono do pochwy balon, napełniony 300 grm. wody i ułożono chorą na brzuch. Po kilku dniach stan chorej się poprawił, a pęcherz moczowy wśród przepłókiwań się oczyszczał: 15-go dnia ciężota 39-0, tętno 120, wymioty. Macica leży prawidłowo. R. postanowił przerwać ciążę. Gdy tamponada pochwy i szyi, gorące przestrzykiwania i założenie świeczki nie zdołały wznieść bólów energicznych, rozszerzył R. szyję sposobem Bossiego do szerokości 2 palców, przebił pęcherz płodowy i wydosłał za nóżkę płód zmacerowany długości 28 cm. Główka przeszła po przedziurawieniu. Z powodu krwawienia wydobyl R. łożysko palcami. Badanie szyi wykazało przedarcie boczne na 5 cm. Powoli nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Nawiązując do swego przypadku, omawia autor pokrótce etiologię, objawy, rokowanie i leczenie uwięźnięcia macicy ciężarnej i podnosi, że powikłanie to zdarza się bardzo rzadko w drugiej połowie ciąży. Przypadek własny określa R. jako pochylenie ze zgięciem macicy ciężarnej (*retroversio-flexio uteri gravidi*); małą pobudliwość macicy odnosi do zapalenia otrzewnej; metodę Bossiego uważa za użyteczniejszą w okresie końcowym ciąży, aniżeli tam, gdzie chodzi o poronienie.

B. Wojciechowski.

H. M. Little. **Bacillus aërogenes capsulatus w gorączce połogowej.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 7). Badania bakteriologiczne odchodów w przypadkach zakażenia po porodach i poronieniach zwróciły uwagę autora na częste pojawianie się drobnoustroju, znanego pod nazwą *bacillus aërogenes capsulatus*. Na 10 przytoczonych przypadków zakażenia znalazł L. 2 razy prątek ten odosobniony, w 8 przypadkach zaś w towarzystwie innych drobnoustrojów, jak: *streptococcus*, *staphylococcus albus* i *aureus*, *bacillus typhosus*, *gonococcus*, *bac. coli* i inni. Z owych 8 przypadków zakończyły się 3 śmiercią. Zakażenia samym *bac. aërog.*

caps. przebiegały łagodnie i gorączka znikła po wydaleniu tkanek obumarłych, w których się rozwija; w tych natomiast przypadkach, gdzie *bac. aerog. caps.* towarzyszył innym drobnoustrojom, miało zakażenie przebieg ciężki. Zdaniem autora podnosi *bac. aerog. caps.* bardzo znacznie żywotność towarzyszących mu drobnoustrojów.

B. Wojciechowski.

L. Seitz. **Przypadek ostrego obrzęku warg macicznych podczas ciąży, wskutek zaparcia stolca.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 10). Do rzadkich przypadków tego rodzaju (Jolly zebrał ich 10) dodaje S. następujący: 34-letnia kobieta, która rodziła kilka razy siłami przyrody, była znowu bliską końca ciąży, gdy nagle, idąc ulicą, poczuła wysunięcie się jakiegoś ciała ze sromu. Sądząc, że to pęcherz płodowy i że rodzi, wezwwała położną, która zgodziła się na to zapatrywanie i domniemany pęcherz nacięła. Gwałtowny krwotok zniewolil ją do odprowadzenia guza, tamponady i wezwania lekarza; — rozpoznanie jej brzmiało: położenie pośladowe, krwotok, łożysko rodzące się przed płodem. Badanie wykazało ostrą niedokrewność (chora straciła przeszło litr krwi), niezwykle obfite nagromadzenie się kału w kiszce stołowej, obrzęk wargi przedniej do wielkości małej pięści, tylnej do wielkości jabłka. Z nacięcia na wardze przedniej jeszcze trochę krwawiło. Chora od 6 dni nie oddała stolca. Opróżniono kiszki stołową, wysunięto guz ku górze i wytamponowano pochwę. Obrzęk nazajutrz znacznie się zmniejszył, a po 3 dniach ustąpił. Po 17 dniach wystąpił ponownie nagły obrzęk wskutek braku wypróżnienia w ciągu 3 dni, lecz ustąpił szybko po sprowadzeniu stolca. We 2 dni później poród prawidłowy. S. uważa ten przypadek za zupełnie przekonujący, iż przyczyna mechaniczna, w postaci ucisku ze strony nagromadzonego zbitego kału na naczynia, wystarcza do wywołania ostrego obrzęku części pochwowej. Nie wyklucza nerwicy naczyniowej, jako wyjątkowej przyczyny w przypadkach ciąży wczesnej, lecz prosi o zwracanie uwagi na wspomniany, prawdopodobnie najczęstszy czynnik mechaniczny.

B. Wojciechowski.

A. Guthrod. **Unikanie zaburzeń pęcherzowych po operacjach ginekologicznych.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 10). Nietylko po operacjach ginekologicznych, połączonych z odluszczeniem pęcherza, jak po wycięciu macicy od strony jamy brzusznej lub od pochwy, ale tak samo po zaszyciu pochwy (kolporafii) i operacji Alexandra-Adamsa widział G. często zaburzenia pęcherzowe. Także inni czynili to same spostrzeżenia. Po operacji Alexandra-Adamsa nie tylko doznaje pęcherz ucisku ze strony macicy, przechylonej silnie ku przodowi, lecz zarazem zostaje on sam dźwignięty i wysunięty ku górze i przodowi, co pociąga za sobą zdaniem G. odgięcie kątownate cewki moczowej, a w dalszym ciągu skłonność do zatrzymania moczu i nieżyty pęcherza. G. zakłada w ostatnim roku po wszystkich wspomnianych operacjach miękki cewnik na stałe na 5 dni, podając równocześnie odwar liści mącznicy niedźwiedziny (*decoct. foliorum uvae ursi*) i urotropinę. Po zaszyciu pochwy zostawia cewnik nawet przez 8 dni, gdyż widywał dawniej złe wyniki wskutek wczesnego rozejścia się rany lub przecięcia szwu, jako następstwa ucisku ze strony przepelnionego pęcherza. Postępowanie takie oddaje mu zupełnie dobre usługi.

B. Wojciechowski.

J. Müller. **O znieczuleniu rdzeniowym w położnictwie i ginekologii.** (*Mon. f. Geb. und Gyn.*, T. XXI, Z. 2, 1905). Autor postarł się zebrać cały materiał położniczy i ginekologiczny kliniki w Gryfii, na którym próbował sposobu Biera: znieczulania rdzenia pachowego przez wstrzykiwanie mieszaniny adrenaliny z kokainą lub też tropakokainy. Po dokładnem omówieniu sposobu, w jaki się winno wykonywać znieczulenie rdzeniowe, przechodzi autor do ocenienia jego wyników. Materiał położniczy, na którym się opiera, reprezentuje 41 rodzących, w wieku między 18 a 36 lat, z tego 21 pierwiatek, reszta wieloródki; 32 wstrzykiwano adrenalinę z kokainą (1 sz. etm. $\frac{1}{2}\%$ adrenaliny + 1 sz. etm. 1% kokainy), 9 natomiast tropakokainę (2 sz. etm. $2\frac{1}{2}\%$ tropakok). We wszystkich tych przypadkach wśród innych objawów znieczulenia, dało się zauważyć zmniejszenie się bolesności skurczów macicy, jak również zmniejszenie się ich częstości i nasilenia. Równocześnie można było spostrzegać ciekawe działanie znieczulenia rdzeniowego na tłocznik brzusną, mianowicie z chwilą, kiedy skurcze macicy stawały się bezbolesnymi, rodzące przestawały przeć dobrowolnie, musiały być dopiero do tego nakłaniane, skutkiem czego nierzadko II-gi okres porodowy, zwłaszcza u pierwiatek, znacznie się przeciągał. Na płód sam, czas trwania III-go okresu, zjawianie się macicy połogowej, jak również na wydzielanie się pokarmu, znieczulanie rdzeniowe żadnego wpływu nie wywierało. Co się dotyczy działania ubocznego na ustrój matki, to zauważył autor nierzadko w 5—10 minut po wstrzyknięciu adrenaliny z kokainą bardzo obfite pocenie się, nudności, czasem silne wymioty, a po wstrzy-

knięciu tropakokainy w 2 przypadkach znaczne podwyższenie ciepłoty po porodzie (38.4°), w 4 innych przypadkach bóle głowy, utrzymujące się parę dni. Zachodzi teraz pytanie, w jakim czasie należy przystąpić do wykonania znieczulenia rdzeniowego, jeżeli się chce przeprowadzić w temże znieczuleniu II-gi okres porodu dobrowolnego, nieoperacyjnego? Na to odpowiada Müller w ten sposób: Wobec tego, że znieczulenie trwa 1—1½ godziny, należy u pierwiatek wykonać znieczulenie z chwilą, kiedy ujęcie jest już zupełnie rozwarte. Samo się przez się rozumie, że szemat taki nie zawsze jest trafny, gdyż czas trwania akty porodowej zależy od bardzo wielu innych czynników, które wśród warunków zresztą zupełnie prawidłowych naprzód przewidzieć się nie dają. Co się dotyczy przypadków, w którychby można używać znieczulania rdzeniowego, są nimi wszystkie porody operacyjne, a z dobrowolnych te, w których mały do czynienia ze zbyt silnymi bólami. Zresztą sam autor przyznaje, że dopiero dalsze próby na liczniejszym materiale mogą pouczyć o wartości w położnictwie tej metody znieczulania, tak samo próbowano znieczulenia rdzeniowego przy operacjach ginekologicznych i przekonano się, że w tych przypadkach, w których nie przychodzi do otwarcia otrzewnej i o ile czas trwania zabiegu nie przenosi godziny, można przeprowadzić bez bólu operację w temże znieczuleniu aż do końca: w przeciwnym razie trzeba przedłużyć znieczulenie zapomocą chloroformu. Co się dotyczy ubocznych i następnych działań adrenaliny z kokainą i tropakokainy, to tu również spostrzegano w paru przypadkach silne bóle głowy i wymioty po adrenalinie z kokainą, a znaczne podwyższenie ciepłoty po tropakokainie.

Dr. Cetnarowski.

L. Seitz. **Bujanie komórek luteinowych w torbielkach (folikulach) jako zjawisko fizjologiczne w czasie ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 9). Badając mikroskopowo torbielowato zwyrodniałe jajniki w jednym przypadku zaśnięcia groniastego, stwierdził S. za wielu innymi badaczami, że przeważna część torbielków wyścielona jest więcej lub mniej grubą warstwą komórek luteinowych. Od tej pory poświęcił tej sprawie więcej uwagi. Niektórzy badacze wprowadzają zjawisko bujania komórek luteinowych w jakiś związek przyczynowy z powstaniem zaśnięcia groniastego lub nabłoniaka kosmowego. S. nie zgadza się wcale z tem zapatrywaniem, gdyż dalsze badania jego nad 36 jajnikami, uzyskanymi przy operacjach z różnych bardzo wskazań u kobiet w rozmaitych okresach ciąży, wykazały zawsze bujanie komórek luteinowych w różnych stopniach. S. uważa zatem to zjawisko za zupełnie fizjologiczne, za właściwość ciąży jako takiej, bez szczególnej zawisłości od istnienia zaśnięcia groniastego lub nabłoniaka kosmowego. Sprawa ta jest jeszcze mało wyraźna w 6-tym i 7-mym tygodniu, znajduje się w pełnym rozkwicie w III i IV miesiącu ciąży, a jeszcze w połowie ciąży daje się dokładnie spostrzegać. Autor podaje swe uwagi w formie doniesienia tymczasowego, obiecując w obszerniejszej pracy przytoczyć obfity materiał dowodowy i odpowiedzieć na kilka nasuwających się mu pytań.

B. Wojciechowski.

A. v. Valenta. **O pęknięciu macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 9). Na 1350 porodów przypadło 14 przypadków pęknięcia macicy, czyli prawie 1%. Liczba ta świadczy źle o organizacji służby położnych i o zaufaniu mieszkańców prowincyi do lekarza. Ze wspomnianych 14 przypadków operował V. tylko 8, bądźto dlatego, że chore na operację stanowo nie zezwalały, bądź też, że stan ich nie pozwalał już myśleć o żadnym większym zabiegu. Czem wcześniej po pęknięciu się operuje, tem lepsze wyniki. Zasadniczo jest V. za usunięciem płodu i macicy od razu od strony pochwy, jeżeli jeszcze z macicy do jamy brzusznej nie wystąpił. Odcięcie macicy nadpochwowe z pozaotrzewnowem zaopatrzeniem kikutu uważa autor za wiele stosowniejszy zabieg, aniżeli wycięcie od strony pochwy, a to zarówno ze względu na wskazany w tych przypadkach pośpiech, jakoteż i dlatego, że zakażenie jamy otrzewnowej już zazwyczaj nastąpiło, że więc zapobieganie mu zapomocą operacji pochwowej, jak tego chcą niektórzy, staje się bezprzedmiotowem. Wszystkie nieoperowane przypadki autora zakończyły się śmiercią; na 8 operowanych udało się uratować 3. Autor dokonał następujących zabiegów: 5 razy odcięcia nadpochwowego z pozaotrzewnowem zaopatrzeniem kikutu (z tego raz z zeszyciem pęcherza moczowego, 3 razy z założeniem szwu poniżej węża na nisko do tkanki przymacicznej (parametrium) sięgające przedarcia), raz zeszycia przedarcia (z wynikiem śmiertelnym) 2 razy całkowitego wycięcia macicy przez laparotomię.

B. Wojciechowski.

PEDYATRYA. Weigert. **O wpływie odżywiania na chemiczny skład ustroju.** (*Fahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Z doświadczeń, podjętych przez autora na psach, a częściowo i świnkach morskich, a dotyczących się wpływu odży-

wienia na zawartość w ustroju wody, tłuszczu, popiołu i azotu wynika, że wahania w zawartości wody pod wpływem odżywienia nie zależą, w przeciwnieństwie do twierdzenia Rubnera, jedynie od przybytku lub ubytku tłuszczu, lecz że uzasadnione są różną zawartością wolnej od tłuszczu suchej substancji. Ze zwierząt, żywnych w różny sposób, zwierzęta, wychowane na pożywieniu bogatym w białko i tłuszcz, okazują najwyższe zawartości wolnej od tłuszczu substancji suchej, a także najwyższe zawartości azotu i popiołu. Autor wyraża przekonanie, że odporność ustroju stoi w stosunku odwrotnym do jego zawartości wody, że ośeski przy piersi odznaczają się wielką odpornością, gdyż otrzymują pokarm z wielką ilością tłuszczu, łatwo dającego się przyswoić. Problemat żywienia sztucznego ma utykać nie w najmniejszej części na tem, że ośesek nie jest w stanie tłuszczu mleka krowiego równie dobrze wyzyskać. W jeszcze gorszych warunkach znajdują się dzieci, które wskutek nieznoszenia tego tłuszczu żywimy mączkami dziecięcymi, polewką słodową, lub maślanką. Zatrzymują one wiele wody, co zmniejsza ich odporność i mogą okazywać skutkiem tego przy przejściu do pokarmu bogatszego w białko i tłuszcz nagle i bardzo znaczne spadki ciężaru ciała, zależne głównie od utraty wody, jak to w analogicznych warunkach u psa spostrzegali Bischoff i Voit.

Lewkowicz.

Thiemich. O pochodzeniu płodowego tłuszczu. (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autorowi udało się przez karmienie suki ciężarnej tłuszczem kokosowym, palmą, poprzednio dłuższy czas głodzonej, zmienić skład tłuszczu u matki i u noworodka. Ten wynik pozwala na wyprowadzenie wniosku, że nowonarodzone zwierzęta otrzymują tłuszcz, nagromadzony podczas życia płodowego, przynajmniej częściowo, z ustroju matki. O ile odbywa się obok tego własne wytwarzanie tłuszczu, z doświadczenia nie da się rozstrzygnąć.

Lewkowicz.

A. Schlossman. O mleku. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1905, T. 40). Dłuższy referat, wygłoszony na Kongresie pedyatrów we Wrocławiu, streszcza autor w następujących głównych punktach na wstępie: 1. Przyczynę wysokiej śmiertelności sztucznie żywionych niemowląt stanowi przede wszystkim trudność (zachodząca zwłaszcza w wielkich miastach) otrzymania czystego, dobrego i świeżego mleka. 2) Mleko, które ma zasługiwać na nazwę „mleka dla dzieci“, musi być pod względem higienicznym bez zarzutu, t. j. pochodzić od zdrowych krów, otrzymywane być czysto i dochodzić w świeżym stanie do rąk konsumenta. 3. Nie jest wcale zaletą mleka dla dzieci, jeżeli pochodzi od krów, żywnych suchą paszą. Wybór między paszą suchą lub świeżą zależy przede wszystkim od miejscowych warunków; ogółem biorąc, mleko krów, żywnych suchą, jest dla żywienia ośesków mniej wartościowe, niż mleko krów, paszących się na łące. 4. Co do żywienia krowy, mającej dawać mleko dla dzieci, obowiązuje ta sama zasada, co dla karmiącej niewiasty: każdy pokarm, który dobrze znosi, jest dozwolony; wzbronionem jest to, co powoduje niestrawność. 5. Koszt wzorowego mleka dla dzieci jest obecnie tak znaczny, iż bez przedsięwzięcia specjalnych środków zaradczych byłoby ono dla większej części ludności niedostępne. 6. Jeżeli państwo i gminy chcą dążyć poważnie do zmniejszenia śmiertelności niemowląt, musi być zaprowadzona odpowiedzialność organizacyjna, dotycząca dostarczania publiczności mleka dla dzieci. 7. Organizacja ta winna być opartą na zasadzie wzajemnej pomocy społecznej, a nie dobroczynności. 8. Dostarczanie mleka dla dzieci winno odbywać się za pośrednictwem specjalnych zakładów, opartych na następującej zasadzie: a) Specjalnie wykształceni lekarze w oznaczonych godzinach udzielają matkom wskazówek z zakresu żywienia dziecka i oznaczają indywidualnie dla każdego dziecka ilość i skład pożywienia. b) Rozdzielanie mleka dla dzieci odbywa się w pojedynczych dawkach, stanowiących jednorazowy posiłek dziecka. c) Wogóle mleko powinno być dostarczane do domu. d) Sporządzanie i rozcieńczenie należy uskutecznić w zakładzie. 9. Koszta takich zakładów winny być rozdzielone w ten sposób, że zamożni płacą więcej, ubożsi mniej, za najuboższych płaci gmina. 10. Wszystkie trwałe preparaty mleczne zasługują zasadniczo na potępieniu. Mleko dla dzieci winno być spożyte najpóźniej w 30 godzin po wydojeniu. Jedynym dozwolnym sposobem zabezpieczenia mleka na przeciąg 30 godzin jest przechowywanie go w zimnie i ogrzewanie (gotowanie w pojedynczych porcjach sposobem Soxhleta). Im mniej zarodków do mleka się dostanie, tem łatwiej sztem jest przechowywanie tego płynu. Aseptyka lepszą jest tutaj, niż antyseptyka. Podawanie surowego mleka powinno się brać pod uwagę, jako ideał sztucznego żywienia. 12. Chemicznych środków zachowywania mleka, któreby były równocześnie skuteczne a nieszkodliwe, w dzisiejszym stanie wiedzy nie znamy. Sposób, zalecany przez Behringa, aby dodawać do mleka formaliny, jest wprost szkodliwy i zasługuje na potępienie.

Zeleniski.

Quest. O zawartości wapna w mózgu ośeska i jej znaczeniu. (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Badania Sabbataniego i jego uczniów wykazały, że zmniejszenie zawartości wapna (przez zadziaływanie rozczynikami strącającymi wapno, n. p. cytrynianami, szczawianami) w korze mózgowej podnosi jej pobudliwość aż do powstania drgawek padaczkowatych, a przeciwnie — podniesienie zawartości wapna obniża pobudliwość. To było punktem wyjścia dla badań autora. Wynika z nich, że zawartość wapna w mózgu noworodków jest stosunkowo wysoką i obniża się następnie stopniowo w pierwszych miesiącach życia szybko, potem wolniej. Z badań kilka przypadków z objawami tężyczkowymi, zakończonych śmiercią wśród drgawek, wynikałoby, że mózgi dzieci tych zawierają w stosunku do mózgów dzieci, wolnych od tężyczki, rażąco mało wapna.

Lewkowicz.

MEDYCyna SĄDOWA Dr. Wild. Uraz, a jamistość rdzenia (syringomyelia). (*Ärztliche Sachverst. Zeitung*, Nr. 2, 1905). Z dotychczasowych zapatrywań autorów wynika, iż jakkolwiek uraz bezpośrednio jamistości rdzenia wywołać nie może, to jednak jest w stanie spowodować znaczne pogorszenie sprawy chorobowej; tego zaś rodzaju następstwa urazu uprawniają w myśl ustawy o zabezpieczeniu od wypadku do żądań o odszkodowanie. Wild podaje dwa przypadki, w których uraz ujawnił sprawę chorobową i w myśl orzeczenia autora przyspieszył jej przebieg. W obu działał uraz na okolicę kręgosłupa, a był następstwem upadku z wysokości na twardą podstawę. W jednym przypadku przyznana renta wynosiła 60%, w drugim uznano badanego za zupełnie niezdolnego do pracy zawodowej. Zdaniem autora należy w każdym przypadku, w którym uraz mógł zadziałać szkodliwie na rdzeń, podjąć dokładne badanie układu nerwowego; uda się w takich przypadkach wykazać zaniki mięśniowe, zaburzenia w czuciu, przedewszystkiem bólu i temperatury, skrzywienie kręgosłupa, wzmoczenie odruchów kolanowych, zaburzenia odżywce, skóry i stawów. — w takim razie uzasadnionem jest przypuszczenie istnienia jamistości rdzenia. Dalszy przebieg wykaże, czy uraz wywołał pogorszenie stanu chorobowego.

II.

Grigorjew. O niszczeniu substancji organicznych przy rozbiórach sądowo-chemicznych. (*Vjschr. f. g. M.*, T. XXIX, Z. 1, 1905). Autor poleca dla niszczenia substancji organicznych przy rozbiórach chemicznych obok metody Freseniusa i Babo metodę przez siebie wypróbowaną, polegającą na nżyciu zgęszczonego kwasu siarkowego i 10—30% dymiącego kwasu azotowego.

II.

Borntraeger i Berg. Rozpoznanie śmierci ze skrwawienia na mocy obrazu sekcijnego. (*Vjschr. f. ger. Med.*, T. XXVII, Z. 1, 1905). Na mocy 50 sekcji osób, zmarłych skutkiem skrwawienia, dochodzą autorowie odnośnie do cech rozpoznawczych tego rodzaju śmierci do następujących wniosków: 1) przy śmierci ze skrwawienia rzadko spotyka się zupełny brak płam pośmiertnych; 2) żyły są przeważnie próżne, wyjątek stanowią naczynia żyłne opon miękkich; autorowie znaleźli je próżnymi tylko w 6% przypadków; w 10% były silnie krwią wypełnione; w 84% wypełnienie było miernego stopnia; 3) jako stały objaw śmierci ze skrwawienia stwierdzili autorowie zupełny brak krwi w jamach serca, błądź miąższu śledziony i wątroby; 4) natomiast barwa płuc i nerek, tak na powierzchni, jak i na przekroju bywa tak niestała, że zabarwienie mniej lub więcej czerwono miąższu tych narządów nie przemawia przeciwko śmierci ze skrwawienia; 5) przy skrwawieniu się do jam ciała spotykano w nich przeciętnie 1800 sz. cm. krwi; utrata więc tej ilości krwi może śmierć spowodować; ilość wynaczynionej krwi waha się między 1500 a 3000 sz. cm., obie jednak granice są rzadkie; 6) u położnic zmarłych skutkiem skrwawienia spotrzega się zazwyczaj znaczniejszego stopnia niedokrewność, a to z powodu wolniejszego przebiegu skrwawienia; natomiast brak wyraźniejszej niedokrewności poszczególnych narządów, stanowiło rozpoznanie śmierci ze skrwawienia w tych przypadkach może nastąpić po wykluczeniu drgawek porodowych, zatorów tętnicy płucnej, zatorów powietrznych i t. d.; 7) rozpoznanie śmierci ze skrwawienia na mocy obrazu sekcijnego, nawet świeżych zwłok, może być trudnem; nie należy jednak, jako konieczną cechą rozpoznawczą, nważać zupełny brak krwi w ustroju, a pamiętać o tem należy w tych przypadkach śmierci w pogoju, w których nie stwierdza się innej przyczyny śmierci.

II.

LARYNGOLOGIA. Starck. Wyjęcie ciał obcych w ezofagoskopie. (*Münchener med. Woch.*, 1905, Nr. 9). Autor dopatruje w ezofagoskopie metodę, która z jednej strony pod względem dyagnostycznym przewyższa wszystkie inne, z drugiej zaś daje nam możność wydobywania ciał obcych w sposób łatwy i bezkrwawy. Tak badanie sondą, jak i promieniami Roentgena, jest niepewne; badanie sondą i to miękką poleca i teraz Starck, ale tylko w celu oznaczenia miejsca usadowienia ciała obcego. Ezofagoskopów używa

autor różnych, tak co do szerokości, jak i długości; wprowadza je albo na odpowiednim mandrynie, lub też wprost na twardej sondzie przełykowej. Autor wydobyl cztery ciała w ezofagoskopie, a mianowicie: trzy razy kość, raz pieniądz dwufenigowy u dziecka 3½-letniego. Jedna z kości była 4½ cm. długą, 2¼ cm. szeroką, 1½ cm. grubą. Jest on stanowczym przeciwnikiem wydobywania ciał obcych przez usta na ślepo. Stanowisko swoje tak co do diagnozy, jak i leczenia ciał obcych w przełyku wyraża Stark w następujących 6 zdaniach: 1) Najpewniejszym środkiem do rozpoznania uwiecznionego ciała obcego w przełyku jest ezofagoscopia; pomocniczym jest prześwietlenie metodą Roentgena i sondowanie zgłębnikiem uchylkowym lub grubą miękką sondą przełykową. 2) Orientacja co do topograficznego położenia ciała jest tylko możliwą w ezofagoskopie. 3) Ezofagoscopia powinna być dokonana w każdym przypadku i o ile możności jak najwcześniej. 4) Wydobyć ciała obcego z jakiegokolwiek głębokości jest przy pomocy ezofagoskopu metodą najłatwiejszą i najpewniejszą. 5) Należy unikać forsownego sondowania i spychania ciał obcych do żołądka. 6) W razie niemożności wydobywania ciała obcego w ezofagoskopie, należy przy ciałach wysoko usadowionych wykonać ezofagotomię, przy nisko-gastrotomię. Zupełnie to samo stanowisko zajmuje Reitzenstein w artykule, umieszczonym w tymże samym numerze. Przedstawia on 6 przypadków wydobywania ciał obcych w ezofagoskopie, z tego 2 kości, 2 wielkie płyty zębani, raz dwa kawałki chrząstki, w jednym wreszcie przypadku wydobyl z uchyliku zwiniętą, 4 ctm. długą skórę gęsą. Wreszcie Franck opisuje przypadek, który obserwował jako lekarz okrętowy: na pełnym morzu zachłysnął się maszynista kawałkiem mięsa, poczem wystąpiła zaraz duszność, uczucie ucisku, niemożność polykania, trzeciego zaś dnia znaczna gorączka i osłabienie. Wobec braku wszelkich przyrządów na okręcie, — jedynym była sonda, — gdy atoli chory nie pozwolił sobie jej wprowadzić, wpadł Franck na następujący pomysł: rozpuścił on dwa proszki musujące w wodzie, dał je choremu szybko do wypicia, poczem miał chory wstrzymać oddech, zamykając usta i nos. Sposób ten doprowadził do celu, ciało uwiecznione wpadło do żołądka. Proszek wywołując rozdzęcie przełyku, zadziałał podobnie, jak sonda. *Dr. Nowotny.*

Harmer. Przyczynek do ezofagoskopii dobrotliwych guzów przełyku. (*Wiener klin. Rundschau*, 1905, Nr. 3). Chora 53-letnia zauważyła już przed 4-ma latami trudność polykania większych kawałków. Obecnie zgłosiła się z tem, iż w gardle utkwił jej kawałek mięsa. Badanie sondą przełykową Nr. XX wykazuje w górnej części przełyku zaraz poniżej chrząstki obrączkowej opór nieznaczny, poza tem przełyk zupełnie wolny. Ezofagoskop natrafia w temże samem miejscu na opór; po usunięciu dość znacznej ilości krwi wacikami widać na lewej ścianie przełyku guz wielkości wiśni, o powierzchni zupełnie gładkiej, przeświecającej; guz ten siedzi na szypule około 1½ ctm. długiej. Z powodu znacznego krwawienia przerwano ezofagoskopię. Drugą ezofagoskopię wykonano w dwa dni po tem i stwierdzono ten sam obraz. Chorej doradzono wyjęcie guza pętlą; z powodu atoli znacznych bólów przy polykaniu przystąpiono do tego dopiero w 16 dni po drugiej ezofagoskopii; guza atoli już nie znaleziono, prawdopodobnie skutkiem sondowania i wprowadzania ezofagoskopu szypułka uległa martwicy, a guz sam wpadł do żołądka. Sądząc z wejścia guza, autor rozpoznał włókniaka. Jest to dopiero drugi przypadek rozpoznania nowotworu dobrotliwego w ezofagoskopie; pierwszy opisał v. Hacker. *Dr. Nowotny.*

Lönnberg. Dalsze przyczynki do suchot krtani ciężarnych i do sprawy sztucznego poronienia. (*Münchener med. Wochs.*, 1905, Nr. 7). Według Sokołowskiego przerwanie ciąży jest wskazane: 1) w lekkich przypadkach gruźlicy krtani; wykluczone więc są przypadki, które nawet bez obecności ciąży uchodziłyby za ciężkie; dalej wskazane jest poronienie w przypadkach, gdzie pogorszenie stanu płuc i krtani można kłaść tylko na karb ciąży; 2) przerwanie ciąży wskazane jest tylko w pierwszych jej miesiącach, w późniejszych przeciwwskazane. Autor zastanawia się nad tą kwestją sporną tak z punktu prawa, jak i etyki. Żeby uczynić zadość pierwszemu punktowi, żąda autor dostarczenia dowodu, iż sztuczne przerwanie ciąży wpływa przynajmniej na polepszenie sprawy chorobowej; z jednej więc strony muszą się zmniejszyć dolegliwości choroby, z drugiej przedłużenie życia. Statystyka jednak obecna wykazuje, iż nie tylko niema polepszenia, ale często nawet pogorszenie stanu tak krtani, jak i płuc. Z punktu etycznego występuje stanowczo przeciw poronieniu. Przypadek, na którym opiera swe wnioski, jest następujący: Kobieta 36-letnia, która rodziła już 4-krotnie, zgłasza się d. 11/V 1903. Badanie wykazało ciążę 3-miesięczną, naciek gruźliczy płatu górnego i średniego płuca prawego; po stronie lewej rzężenia. Oba więzadła prawdziwe naciekle, na prawem owróżdzenie. Stan bezgorączkowy. 18/V poronienie. 5/VIII śmierć. Po poronieniu nie spostrzegano chwilowej poprawy; prze-

ciwnie, wystąpiła gorączka, dochodząca przez parę tygodni do 39°; stan zaś krtani okazywał znaczne pogorszenie, do zmian bowiem na więzadłach przyłączyło się ropne zapalenie ochrzestnej nagłośni i chrząstki obrączkowej, z ropną wydzieliną. Tak z przypadku tego, jak i z opisanych przez Sokołowskiego, Veisa i Godskesena, wnosi autor, iż ustrój ciężarnych, cierpiących na gruźlicę krtani, odpowiada łatwo na poronienie wysokim podniesieniem ciepłoty ciała i to tem łatwiej, im wcześniej zabiegu tego dokonano. Autor zajmuje stanowisko przeciwne poronieniu. *Dr. Nowotny.*

Kunwald. Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznym. (*Münchener med. Wochs.*, 1905, Nr. 2). Metoda ta jest pomysłem Sorgi, lekarza naczelnego w Alland. Technika jej jest następująca: przed ustami chorego stawia się zwierciadło płaskie, którego ustawienie można zmieniać. Chory siedzi zwrócony plecami do słońca tak, że odbite promienie słoneczne padają do ust. Jeśli teraz chory wyciągnie język i wprowadzi lusterko krtaniowe do ust, jak to się dzieje przy laryngoskopii, to wnętrze krtani zostaje oświetlone promieniami słonecznymi. Jest to zasada autoskopii. Najstosowniejszą porą do naświetlania są wczesne godziny poranne i późne popołudniowe, a to z trzech przyczyn: 1) Chorzy nie zniesliby żaru słonecznego w południe; 2) autoscopia jest tem trudniejszą, im więcej słońce zbliża się do zenitu, a tem łatwiejszą, im promienie słoneczne padają skośnie; 3) szkodliwe działanie promieni ciepłych zmniejsza się tem więcej, im dalej oddalamy się od południa. Powodem zaś niekorzystnego działania promieni ciepłych jest to, że pod wpływem ciepła powstaje rozszerzenie naczyń, które z jednej strony działa niekorzystnie na sprawę zapalną, z drugiej skutkiem pochłaniania promieni ultrafioletowych ze strony krwi, osłabia się działalność promieni słonecznych. Długość trwania naświetlania waha się od 5 minut do godziny. Wyniki leczenia tego mają być dobre. I tak zauważono, że postacie guzowate zmian łatwiej ustępują, niż nacieki rozlane; powodem tego jest prawdopodobnie silniejsze unaczynienie postaci drugiej; dalej, że zmiany w częściach tylnych krtani, a więc tam, gdzie łatwiej światło dochodzi, szybciej ustępują, niż zmiany z przodu krtani; wreszcie, że równocześnie leczenie wstrzykiwaniami tuberkuliny przyspiesza leczenie. Autor kładzie także nacisk na kojące działanie tej metody na chorych, którzy sami codziennie badając sobie krtani, widzą postępy leczenia. Leczenie to odbywać się oczywiście może tylko w dniach słonecznych; przerwy, nie licząc zimy, muszą być czasem stosunkowo długie. Co się tyczy długości leczenia, to najdłuższy czas naświetlania wynosił 44, najkrótszy 6 godzin. *Dr. Nowotny.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Typhus - diagnosticum Fickera wypróbowali w ostatnich czasach Martineck (*Deutsche milit. Zeitschrift* 1904, 10), Walter (*Deutsche med. Wochs.* 1904, 33) i Curtius (*Zeitschr. für Mediz.-Beamte* 1904, Z. 17) i podnoszą zgodnie, jako zalety tego sposobu: jednolitość badania, łatwość i bezpieczeństwo (hodowla jest martwa!) zabiegu, niedwuznaczność wyników. Martineck podaje uproszczone instrumentarium, które może przyczynić się do rozpowszechnienia się tego sposobu rozpoznawczego wśród szerszych kół lekarskich. Flatau i Wilke (*Münchener med. Wochs.*, 1905, 3) na podstawie badań u zdrowych i chorych w 28 przyp. uznają, że sposób Fickera wprawdzie zastępuje zupełnie użycie żywej hodowli, ale też nie przewyższa sposobu Widala. Diagnosticum Fickera utrzymuje się miesiącami bez zmiany. (Por. zresztą pracę Eljasza-Radzikowskiego i Habichta w „Przegl. lek.”, 1904). *W.*

Novargan, żółty proszek, rozpuszczający się barwą brunatną (do 50 prc.) w wodzie, jest lekiem, którego użył naprzód Lucke (*Monats. f. Harnk.* 1904, 9) w 15 prc. roztworze do poronienia leczenia rzeżączki i zamiast protargolu. Lek ten zawiera w silnym organicznym związku 70 prc. Ag., którego inne leki zawierają bądź mniej (protargol 8 prc., argonina 4,2 prc., argentamin 5,35 prc.), bądź w połączeniu niestalem (albargina 14 prc. Ag., łatwo się jednak stracającego już pod działaniem NaCl). Slabe roztwory novarganu sporządza się, nasypując go na powierzchnię zimnej wody, silniejsze (10—25 prc.), zarabując go wodą na paykę, którą się potem stosownie rozcieńcza. Rozczynów novarganu nie można ogrzewać, ani narażać na światło (ciemne flaszki!). Oddziałują one obojętnie lub słabo alkalicznie. Zaletą novarganu jest (dzięki większej zawartości Ag) silniejsze działanie bakterycydy i znaczna rozpuszczalność. Próby, wykonane na oku królika przez Hoesslego i Graesera (*Dis. Mediz. Ztg.* 1905, 8) dowiodły, że novargan działa mniej drażniaco, niż protargol. *W.*

Styptol jest połączeniem kwasu ftalowego z kotarniną, a używa się przeciw **krwotokom**. Przedewszystkiem używano go przeciw krwotokom **macicznym**; pierwsze próby w tym względzie wykonano w klinice Ahla, szukając środka, któryby zastąpił dotychczasowe leki (sporysz, ergotynę, gorzknik), działające niepewnie i wywołujące niekiedy niemiłe następstwa. Styptycynę ma przewyższać styptol tem, że zawiera dwa składniki, działające przeciwkrwotocznie, gdyż składnikiem takim jest także i kwas ftalowy. Meyer (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1904, 49) użył styptolu ze skutkiem w 23 rozmaitych przypadkach (7 krwotoków miesięczkowych, 3 poronienia, 3 krwotoki połogowe, 7 nowotworów i t. d.), podając dziennie 3—5 kołaczyków po 0.05. Weissbart (*Heilkunde* 1904, 9) podaje, że styptol nigdy go nie zawiódł w krwotokach okresu przekwitania, w tak zwanych krwotokach zwrotnych (przy mięśniakach i guzach przydatków) i w krwotokach po wyskrobaniu. W 3 przypadkach krwotoków poporodowych wynik był dobry. Działanie styptolu i styptycyny jest zdaniem W. równe, jednakże styptol jest tańszy. W 2 przypadkach użył W. styptolu do miejscowego tamowania krwotoku ze skutkiem. W jednym przypadku krwawięzki (*haemophilia*) styptol, zastosowany miejscowo, skutkował; w drugim nie. Działania kojącego, spostrzeganego przez Katza, Elischera i t. d. w *dysmenorrhoea*, W. nie dostrzegł. Berg wreszcie (*Ctbl. f. Harn. u. Sex.* 1905, 1) użył styptolu w praktyce **urologicznej**, wychodząc z zasady, że krwotoki w zakresie narządów moczowych mogą, nieleczone, doprowadzić do groźnej niedokrwistości, a nawet drobne krwotoki mogą być znaczną przeszkodą przy wżernikowaniu pęcherza. B. uzyskał dobre wyniki, podając przez 2 dni po 3 do 4 kołaczyków po 0.05, w 3 przypadkach *urethrotomia interna* u krwawców, w 2 przyp. litotrypsy i w rozmaitych krwotokach pęcherzowych. Rohrbach (*Zahnärztl. Reform.* 1905, 2) zastosował styptol do tamowania uporeczywych krwotoków w praktyce dentystrycznej — jako 30 prc. watę styptolową lub w postaci proszku. Osobnymi próbami stwierdził R. działanie przeciwkrwotoczno kwasu ftalowego, jednego z dwóch skutecznych składników styptolu. L.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 17 marca 1905 r.

Obecnych członków 60. Przewodniczy: kol. Wechsler.

Prezes przedstawia jako gości Dr. Buraczyńskiego, lekarza sztabowego.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na członków przyjęto Dr. Sznajdra Natana i Zelcera Mojżesza.

III. Kol. Świątkiewicz przedstawia chorego z nabłoniakiem na górnej części policzka. Sprawa przedstawia się jako blizna, na której obwodzie widać drobne nadżerki, a wokoło półkoliste nacieki niezbyt zbite. Gdy podobny przypadek przedstawiał niedawno, spotkał się z uwagą, że badanie mikroskopowe rozstrzyga o rozpoznaniu; otóż badanie, zrobione na drugi dzień, potwierdziło rozpoznanie.

Kol. prof. Łukasiewicz zaznacza względną częstość przypadków nabłoniaka płaskiego, spotykanych w klinice chorób skórnych. Sprawa ta może trwać nawet dwadzieścia kilka lat bez znacześniejszych zaburzeń dla ustroju; może jednak każdej chwili przybrać charakter złośliwy. Zmiany na skórze, jakie tu widzimy, dają tak charakterystyczny obraz, że nie potrzeba w badaniu mikroskopowem szukać rozstrzygającego czynnika.

IV. Kol. Fajersztajn przedstawia przypadek *idiotismus famil. amaurot.* (Tay-Sachs). Choroba to znana od lat kilkunastu, występuje rodzinnie, wyłącznie u dzieci żydowskich i to ze sfer najuboższych; nie jest, zdaje się, wrodzoną, tylko rozwija się z czasem, pociąga za sobą porażenia, oślepnięcie, przeczulicę słuchu i daje na dnie oka zmiany takie, jakich nigdzie indziej niema. Te są: w okolicy plamki żółtej biała lśniąca plama, w niej czerwony punkt, obraz podobny do zatoru tętnicy środkowej siatkówki, tylko ten się różniący, że jest trwały. Później występuje zanik. Dzieci takie rozwijają się prawidłowo mniej więcej do piątego miesiąca, potem niedołężeją, ślepną, występuje charłactwo, często drgawki i śmierć w drugim lub trzecim roku życia.

Kol. prof. Gluziński zapytuje, czy nie zwrócono uwagi w opisanych przypadkach, jak się odbywał poród i czy są znane wyniki sekcyjne.

Kol. Fajersztajn nie spotykał się z tą kwestią w literaturze. Co się tyczy tego dziecka, to przyszło na świat łatwo i trochę wcześniej. Sekcyj znanych jest dziewięć, choć niedokładne. Sprawa jest połączona z głębokimi zmianami degeneracyjnymi w korze mózgowej, mianowicie w komórkach piramidalnych. Kwestią jest, czy choroba rozwija się w mózgu zdrowym, czy też od urodzenia nieprawidłowym. Brak jakiegokolwiek grubszych zmian anatomicznych przemawia za przypuszczeniem pierwszym. W rozpoznaniu liczyć się trzeba z chorobą Little'a i paraplegiami różnego pochodzenia. Rozstrzyga obraz dna oka.

Kol. Dr. Bednarski potwierdza znaczenie obrazu wżernikowego. Obraz jest tak charakterystyczny, że z żadnym innym pomieszać się nie da. Przypomina on trochę zator tętnicy środkowej siatkówki, a różni się tem, że odgraniczenie brzegów jest bardzo ściśle, następnie zabarwienie wpada więcej w kolor niebieskawo, ścięgnisty.

V. W dyskusji nad odczytem doc. Biernackiego z 17/3 b. r. „O pojęciu niedokrwistości z punktu widzenia klinicznego“ zabiera głos kol. prof. Gluziński i omawia pojedyncze wnioski, do jakich doszedł doc. Biernacki. Przedewszystkiem nie zgadza się z tem stanowiskiem, aby jedynie oznaczenie ilości wody we krwi stawiać za podstawę pojęcia klinicznego „niedokrewności“, gdyż dotychczasowe sposoby dla praktycznych celów wystarczają zupełnie. Nie przeczy, że przyrząd Fleischla posiada swe strony ujemne, zmniejszają się one jednak znacznie, jeżeli bada ta sama osoba i tym samym przyrządem. Gdyby sprawa tak stała, że tylko przez oznaczenie ilości wody we krwi można by rozpoznać stan zwany „niedokrewnością“, to dla lekarza praktycznego powstałaby nieprzezwyciężona trudność, boć trudno mu posiadać tak drogie przyrządy i władać nimi, jak jest waga precyzyjna i znaleźć tyle spokojnego czasu. Na szczęście tak nie jest. Dotychczasowe sposoby badania, oznaczenie ilości hemoglobiny i ilości ciałek czerwonych obok mikroskopowego obrazu pozostają w swej mocy i po największej części wystarczają. W klinice lekarskiej od dwóch lat przeprowadza się w każdym przypadku oznaczenie, w jakim stosunku stoją do siebie zawartość wody, a ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny. I pokazuje się, że krzywe, przedstawiające wartości tych składników, idą prawie zupełnie zgodnie, że z dwu pierwszych można wnioskować o trzeciej. I jest to zresztą logiczne: jeżeli ubywa jeden składnik krwi, a niema być zmniejszenia całości, w miejsce jego musi wstąpić woda i powstaje wodnistość krwi (*hydraemia*).

Krzywe powyższe idą, jak powiedziano, prawie zupełnie równolegle, bo są nieliczne przypadki, w których ilość Hgl. nie zgadza się z ilością wody. I dlatego oznaczanie wody jest sposobem bardzo rozjaśniającym pojęcie niedokrewności i w klinice powinno być przeprowadzanem; dla przeciętnego badania dotychczasowe sposoby są wystarczające.

Co do twierdzenia doc. Biernackiego, że się w 60% przypadków rozpoznaje niedokrewność tam, gdzie jej niema i bierze ją za przyczynę wielu zaburzeń w ustroju, sądzi prof. Gluziński przeciwnie, że to się dzieje bardzo rzadko. Przez siedem lat istnienia kliniki lekarskiej nie było i dziesięciu przypadków, w którychby rozpoznano niedokrewność jako przyczynę sprawy chorobowej. Stąd też i zapisywanie n. p. żelaza należy w klinice do rzadszych ordynacji. Zresztą szuka się zawsze przyczyny somatycznej, a kto inaczej postępuje, wpada w szablony i błędy. Jestto wtedy jednak błąd postępowania, a nie nauki.

Różnicę bladości skóry u nerwowych, a u niedokrewnych, ocenić nie jest rzeczą łatwą; przez wprawę do tego się dochodzi. We wszystkich przypadkach nerwowych, które przeszły przez klinikę, wyrażone jest w opisie choroby: »chory wygląda blado«, lub: »wargi blade«, lub: »bladoróżowe«, a nigdzie w rozpoznaniu niema dodane: »*anuemia*« i badanie krwi dotychczasowymi sposobami też jej nie wykazało. Wreszcie podnosi prof. Gluziński, że takiej poliglobulii, jak ją podawali w nerwicach doc. Biernacki i Luksemburg, w swoich przypadkach nigdy nie stwierdził i dlatego sądzi, że ilość ciałek ponad 6,000,000 chyba nie może być tak częsta, jakby to z tamtej statystyki wynikało. Reasumując, dochodzi do wniosku, że jakkolwiek oznaczenie ilości zawartości wody we krwi daje cenne wskazówki przy klinicznym badaniu krwi, to jednak, gdyby mu ktoś dał do wyboru przy badaniu, albo sposób oznaczania ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny i mikroskopowy obraz, albo też sposób oznaczenia ilości wody, to wybrałby dotychczasowy sposób badania, a to tem bardziej, że pozwala on jednocześnie oryentować się co do typu „niedokrewności“.

Kol. Moraczewski podnosi, że oznaczanie wody we krwi, a więc metoda wagowa, jest jedynie metodą ścisłą, naukową. Me-

toda kolorometryczna jest nieściśłą, gdyż rozcieńczenie nie idzie w żadnym stosunku do ilości barwika. Zapewne, że takie badanie trudno jest przeprowadzić prywatnie, ale na to są instytuty, które w tem mogą pomóc i wymagania nauki nie mogą się liczyć z takimi trudnościami. Praca doc. Biernackiego jest płodna w wiele nowych myśli. Krew w rzadkich przypadkach może być stale zągęszczoną, jak n. p. w drugim okresie suchoty; możliwe, że dzieje się to i w neurastenii. Na to zągęszczenie nie wpływa ani białko, ani hemoglobina, bo te mają małe ciśnienie, tylko sole. Prócz soli wchodzi tu w grę i CO_2 , który działa, jak inny jon, a gdzie mniej jonów solnych i gazowych, tam więcej wody.

Kol. Biernacki: prof. Gluziński słusznie podniósł kwestyę metodyki, ponieważ jest to istotnie kamień, o który opiera się rozpoznawanie niedokrwistości rzekomej w przeciwstawieniu do prawdziwej. Od wielu lat jednakże przesądzoną jest dla mnie sprawa badania hemoglobinometycznego krwi i ktokolwiek zechciał bliżej wglądnąć w dowody, przytoczone przeze mnie jeszcze w pierwszej mej pracy o krwi, dla tego, jak n. p. dla E. Grawitza, bezwartościowość badania hemoglobinometycznego jest równie oczywistą, jak dla mnie. Nie chodzi tu bynajmniej o to, iż hemoglobinometry nie mogą ściśle wykazywać zawartości barwika, bo z punktu widzenia praktycznego czy określić procent pół mniej czy więcej hemoglobiny, jest to bez znaczenia; zresztą w pewnych przypadkach hemoglobinometry mogą nawet wykazać dość ściśle zawartość Hgb. Ale w hemoglobinometrach określanie ilości hemoglobiny opiera się na zasadzie, iż krew zawiera tem mniej barwika, im jest bledszą: i oto niechaj krew stanie się z jakichkolwiek powodów jaśniejszą, niż należy, to hemoglobinometr wykaże zubożenie krwi w barwik nawet przy zupełnie prawidłowej jego odsetce we krwi, czyli że lekarz rozpozna niedokrewność, choć jej nie ma. Dlatego to pozwoliłem sobie przed 5 laty wypowiedzieć pozorną „herezję“, iż hemoglobinometry nie ma żadnego znaczenia dla lekarza praktycznego. Istotnie, kiedy dawniej badano krew bledych neurasteników i historyków hemoglobinometrami, znajdowano wśród nich aż 70% niedokrwistych, kiedy tymczasem po ścisłych określeniach zawartości wody we krwi przez Luksemburga bledzi neuropaci okazali z reguły tylko niedokrewność rzekomą. Zanim dokonano tych badań, oparłem się nawet w jednej pracy na istnieniu niedokrwistości, jako „bardzo częstą“ u neuropatów i później, na podstawie badań Luksemburga i własnych, musiałem to odwoływać. Innemi słowy hemoglobinometry potwierdza tylko te błędne wnioski co do istnienia niedokrewności, do jakich doprowadza lekarza praktyka tak bleda barwa skóry i błon śluzowych u neuropatów i innego rodzaju chorych; dopiero jedynie określenie zawartości wody we krwi rozstrzyga o prawdziwym rozpoznaniu. Że badanie tego rodzaju nie jest rzeczą zupełnie prostą i wymaga wagi chemicznej, na to trudna rada; niestety, przy coraz większym różniczkowaniu medycyny okazuje się coraz częściej nawet w zwykłej codziennej praktyce potrzeba bardziej złożonych i kosztownych metod badania i przyrządów, czego przykładem choćby prześwietlania Röntgenowskie. A że w klinice prof. Gluzińskiego nie rozpoznaje się łatwo niedokrewności u neuropatów, czy gdzieindziej, to niewątpliwie jest to fakt bardzo pocieszający; przypuszczam jednak, że tylokrotnie zwracania uwagi przeze mnie za niedokrewność pozorną, mogły już dojść nie tą, to inną drogą, do uszów niektórych lekarzy i są oni obecnie ostrożniejsi w rozpoznawaniu niedokrewności, niż byli poprzednio. Bynajmniej nie zarzuciłem liczenia ciałek czerwonych przy badaniu krwi, przeciwnie, liczę je w każdym przypadku. W żadnym razie nie można się jednak zgodzić na twierdzenie prof. Gluzińskiego, że liczenie ciałek jest ważniejszem i że można się przy niem obejść bez określenia zawartości wody we krwi. Przecież w wielu przypadkach blednicy czy niedokrewności gruźliczej liczba ciałek pozostaje prawidłowa i ograniczając się tylko tą metodą badania, możnaby zapoznać niedokrewność tam, gdzie ona istnieje. Dopiero badanie zawartości wody wykazuje w tego rodzaju przypadkach zmiany niedokrewnościowe we krwi. Że bledłość skóry i błon śluzowych może powstać od zwężenia naczyń obwodowych, to sam podniosłem; w innych przypadkach ma tutaj znaczenie najważniejsze osłabienie jasności krwi nawet mimo obecności zągęszczenia krwi w pewnym stopniu. Bledłość Europejczyków w klimacie gorącym jest prawidłowo tylko wyrazem niedokrwistości rzekomej, i toż jeszcze przed 50 laty słynny odkrywca prawa zachowania energii Robert Meyer zwrócił uwagę na jasność krwi żyłnej w krajach gorących i sprowadził on je na zmniejszone utlenianie wskutek wysokiej ciepłoty zewnętrznej, względnie na obfitszą ilość tlenu

w krwi żyłnej, niż bywa prawidłowo. Prawdopodobnie od tego zależy i jakość krwi żyłnej u niektórych bledych neuropatów, będąc jednocześnie wyrazem zaburzonego utleniania w ustroju.

Fakt istnienia hiperglobulii u wielu neuropatów jest ustalony, nawet znaleźć można liczbowe dane w tym kierunku u innych autorów, jak wspominałem w odczycie; jeżeli zaś prof. Gluziński dotychczas nie stwierdził jej w stopniu wyższym, to mniemam, iż wprost posiada zbyt małe szeregi określić liczby ciałek w stanach nerwicowych. I ze mną zdarzało się, iż u 10 wcześniej badanych neuropatów nie znajdowałem wzmożenia liczby ciałek czerwonych, a u 10 następnych znajdowałem w stopniu wysokim.

Uwaga kol. Moraczewskiego co do możliwości zmian ilości soli we krwi neuropatów rzuca niewątpliwie nową myśl i nowe światło, czyni zarazem zrozumiałem istnienie jasności krwi u pewnych neuropatów i dyabetyków (*autoreferat*).

Kol. prof. Gluziński stwierdza raz jeszcze, że co innego jest badanie naukowe, a co innego praktyczne: to ostatnie musi pozostać przy swoich prawach. Oświadcza, że stoi na tem stanowisku, iż należy zawsze szukać przyczyny i ją leczyć; inne stanowisko uważa za błędne. Co do kwestyi niezwyklej jasności krwi, przynajmniej, że zdarzają się takie przypadki; są one jednak bardzo nieliczne, więc i praktycznej doniosłości wielkiej mieć nie mogą; co się zaś tyczy zągęszczenia krwi, to dopiero przyszłe badania mogą wyjaśnić tę sprawę.

VI Kol. Leszczyński mówi: „O najnowszych przetworach przeciwrzeżączkowych i ich działaniu“. (Przeznaczone do druku).

Kol. Fajersztajn sądzi, że omówienie środków przeciwrzeżączkowych wewnętrznych winno być połączone z uwagami, kiedy ich należy używać i czy wogóle należy używać. Rzeżączka bowiem leczy się bardzo dobrze bez pomocy środków wewnętrznych, więc rola tych środków jest kwestyą nierozstrzygniętą.

Kol. Obtułowicz przypomina sobie z czasów, gdy był asystentem Neissera, że leczono rzeżączkę nadmanganianem i leczenie trwało tylko 15 dni.

Kol. Leszczyński zaznacza, że rola środków wewnętrznych jest dokładnie określoną, jako środków pomocniczych. Działają one przeciwzapalnie i znoszą obrzęk i zadrażnienie, które się jeszcze potęgają po wstrzykiwaniach. Nikt przez to nie będzie twierdził, że *argentinum* jest niepotrzebne. Kol. Obtułowicz zapytuje, czy przypadki, o których mówi, były kontrolowane mikroskopem. Kol. Obtułowicz odpowiada, że działało się to w czasach, gdy nie używano mikroskopu, była natomiast ściśła obserwacja. *Zawadzki*.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 26—X (8—XI) 1904 roku.

Obecnych członków 22. Przewodniczy prezes Dr. Strawiński.

I. Prof. Dr. Raczyński wygłasza rzecz pod tytułem: „Gruźlica kobiecych narządów płciowych“. Omówiwszy piśmiennictwo, dotyczące gruźlicy kobiecych narządów płciowych, zwłaszcza przypadki, ogłoszone w języku rosyjskim, prelegent zatrzymuje się na spostrzeżeniach tego cierpienia w klinikach rosyjskich, na podstawie otrzymanych z tych klinik wyjaśnień. Gruźlica kobiecych narządów płciowych w niektórych klinikach rosyjskich nie była spostrzegana wcale, w innych zanotowano 1—2 przypadki, w jednej wreszcie 4 przypadki; 2 przypadki dotyczą gruźlicy pochwowej części szyjki macicy. Następnie prelegent przytacza 2 własne spostrzeżenia, z których pierwszy dotyczy rzadkiej postaci gruźlicy pochwowej części szyjki.

Przypadek I; chora, lat 33 licząca, rodziła 2 razy; ostatni poród odbył się przed 10-ciu laty; ostatnią miesiączką przed trzema laty; uskarża się na tępe bole w podbrzuszu od czasu ostatniego porodu; w ciągu ostatnich dwóch lat zauważała obfitą wydzielinę z pochwy, niekiedy z domieszką ropy i krwi, oraz silne osłabienie ogólne. Badanie wykazuje: część pochwowa szyjki szczupłą, całkiem owrzodzona, wrzód przedstawia się w kształcie wałeczka pokrytego nabłonkiem; ku górze po stronie lewej przechodzi on na sklepienie pochwowe; brzości wrzodu barwy ciemnoczerwonej, nieco podminowane, nadżarte, strzępiaste; tu i ówdzie żółtawe gruzełki; dno wrzodu przedstawia nierówną, pokrytą ziarniną i powleczoneą żółtawym nalotem powierzchnię, zewnętrznego ujścia macicznego odszukać nie można zglębniakiem, macica nieco

powiększona, ruchoma, zepchnięta w lewo i ku tyłowi, wskutek bliznowatego skrócenia lewego więzadła krzyżowo-maciecznego; ogólna niedokrewność; złepne zapalenie opłucnej po stronie lewej; mąż chorej zmarł na suchoty. Wydzielina, zeskrobana z wrzodu i zastrzyknięta dwóm świnkom morskim, pozostała bez skutku. Gdy leczenie jodkiem polasu i szaruchą nie przyniosło korzyści, przeciwie powierzchnia wrzodząca rozszerzyła się, prelegent wyciął wrzód i wypalił powierzchnię przyrządem Paquelina; w dalszym ciągu wystąpiły znów wrzodki, które, ulegając rozpadowi i zlewając się, zajęły przednie sklepienie aż do pęcherza moczowego; wtenczas wykonano całkowite wycięcie macicy przez pochwę. Badanie wykazało zupełne zajęcie jamy macicy szarawo żółtą zserowaciałą masą; także ognisko znajdowało się w prawej górnej części ściany macicy; wreszcie po stronie lewej stwierdzono dwa szarawe gruzelki; badanie drobnowidowe wykazało gruzlicze zajęcie macicy i *endosulpingitis tuberculosa*, jakkolwiek zewnętrznie trąbki zmian nie przedstawiały. W przebiegu pooperacyjnym należy zaznaczyć bardzo powolne zbliznianie się zziarniałej powierzchni, która nawet po 1½ miesiącach nie była jeszcze ostatecznie zblizniona.

Na podstawie tego spostrzeżenia prelegent uważa miejscowe leczenie gruzlicy pochwowej części macicy za niezupełnie uzasadnione; jest zwolennikiem wycinania w tych przypadkach macicy z jej przydatkami, ponieważ nawet w przypadkach mniej znacznego zajęcia szyjki przydatki zawsze biorą udział w cierpieniu, jakkolwiek klinicznie to powikłanie może nie występować w sposób widoczny.

Przypadek II dotyczy wieśniaczki, w wieku lat 29; ostatni półóg przed 10 ciu laty; ostatnia miesiączka przed 3 miesiącami; chora przeżyła przed 3 laty zapalenie płuc i opłucnej; tegoż roku wykonana była na niej *colporrhaphia ant. et colpoperineorrhaphia*; gdy po kilku miesiącach chora powróciła do kliniki ginekologicznej z powodu bólów brzucha, badanie wykazało: szorstki oddech w prawym szczycie płucnym; ciepłota wieczorami podniesiona; po obydwóch stronach macicy, nieco ku tyłowi wyczuć można mało ruchome twarde obrzmienia, które uznano za zapalenie przydatków macicy. Gdy siedmioletniowe leczenie przeciwpalne pozostało bez skutku, a obrzmienie zwolna powiększało się, prelegent postanowił wyciąć schorzone przydatki: po otwarciu jamy brzusznej znaleziono, że sieć i jelita są pokryte rozsiągniętymi gruzelkami, zrosniętymi ze ścianą brzuszna, z pęcherzem moczowym i narządami rodnymi w jeden kłęb; po zerwaniu zrostów prelegent odosobnił i wydołtał przydatki macicy; ściany wyjętych trąbek okazały się mocno zgrubiałymi i zawierały w miąższu gruzelki wielkości ziarnka grochu, z których niektóre były zserowaciałe lub zropiałe; stwierdzono bowiem badaniem drobnowidowym, że pierwotnem ogniskiem gruzliczem była błona śluzowa trąbek. Stan chorej po operacji nie polepszył się; wkrótce utworzyła się przetoka między blizną brzuszna a kieszka stołcową i chora umarła w 3 miesiące po operacji. Badanie zwłok wykazało: *tuberculosis pulmonum, hepatitis, lienis, peritonaei, intestinorum, ovarii dextri*; wreszcie w tylnej ścianie macicy, wewnątrz jej jamy, u wewnętrzznego ujścia macicznego wrzód gruzliczy; macica w stanie zaniku.

Przypadek ten zasługuje na uwagę, jako dowód trudności rozpoznania gruzlicy narządów płciowych w tych razach, gdy nie można użyć metody badania drobnowidowego. Dla podobnych przypadków prelegent nadaje ogromne znaczenie tej okoliczności, że w gruzlicy miejscowej i ogólny stan chorej, stopniowo, lecz stale, pogarsza się. Tem gruzlica odróżnia się od zakażenia rzeżączkowego, które cechuje się występowaniem od czasu do czasu zaostrzeń sprawy chorobowej, trwających kilka tygodni, lecz jednocześnie znośnym stanem zdrowia ogólnego, i od zakażeń paciorkowcami, wywołujących ostre objawy, które po pewnym czasie trwania przechodzą w stan przewlekły bez następnych nasileń choroby.

Ostateczne wnioski prelegenta, oparte na własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa doświadczeniach, są następujące: 1) gruzlica kobiecych narządów płciowych nie należy do rzadkości; 2) ze względu na częstotliwość schorzenia poszczególnych części narządów występuje ona w następującym porządku: trąbki, jama maciczna, kanał szyjki macicznej, jajniki, pochwa i pochwowa część szyjki; 3) pierwotna gruzlica kobiecych narządów płciowych należy do schorzeń nader rzadkich; 4) powszechnie przyjęty podział gruzlicy na wstępującą i zstępującą nie jest uzasadniony; wstępująca pierwotna gruzlica w rzeczywistości zaczyna się od trąbek; 5) w przypadkach gruzlicy, w których na pierwszy plan występują objawy ze strony narządów płciowych, należy stosować leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu wszystkiego, co przedstawia się uszkodzonem; 6) przy wyborze drogi pochwowej lub brzusznej prelegent przedkłada tę ostatnią ze względu na lecznicze działanie cięcia brzusznej na gruzlicze zapalenie otrzewnej, wklajające nieraz gruzlicę narządów płciowych; wreszcie 7) niezbędnem jest wzmacniające leczenie ogólne. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 Kwieńnia.

* Otrzymujemy następujące ogłoszenia:

I. Pierwszy Zjazd międzynarodowy chirurgów odbędzie się od 18 do 23 września r. b. w Brukseli.

Jako delegat polski mam zaszczyt zawiadomić o tem Sz. Kolegów i usilnie prosić, żeby zechcieli wziąć jaknajliczniejszy udział w tym Zjeździe.

Otrzymaliśmy na tym Zjeździe zupełnie równe prawa z wszystkimi innymi narodami; dowiedzmy, że nie pozostajemy po za nimi.

Zjazd ten różni się o tyle od innych, że nie będzie na nim dowolnych odczytów, a przeciwnie — będą tylko wygłoszone referaty na tematy oznaczone przez referentów do tego uproszonych, a następnie wywiąże się dyskusja, w której każdy członek może brać udział.

Porządek obrad jest następujący: 1) *Znaczenie badania krwi w chirurgii*. Referenci: Keen, Sonnenburg, Ortiz de la Torre, Depage. 2) *Leczenie przerostu gruczołu krokowego*. Referenci: Reginald Harrison, Rovsing, Rydygier. 3) *Interwencja chirurgiczna w schorzeniach nierakowych żółtaczki*. Referenci: Mayo Robson, Eiselsberg, Mattoli, Monproffil, Rotgans, Jonnesco. 4) *Leczenie gruzlicy stawów*. Referenci: Bier, Broca, Bradford, Codivilla, Willems. 5) *Leczenie zapalenia otrzewnej*. Referenci: Lennander, Friedrich, Lejars, Cosh, Krogius, de Isla. 6) *Dyagnostyka chorób chirurgicznych nerki*. Referenci: Albarran, Kummel, Giordano, Lambotte.

Upraszam tych Sz. Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w tym Zjeździe, by byli łaskawi jaknajwcześniej zgłosić się do mnie, ażeby mógł podać listę polskich uczestników, która — spodziewam się — będzie okazała.

L. Rydygier,

polski delegat na I Zjazd międzynarodowy chirurgów.

II. Piąte Zwyczajne Walne Zgromadzenie Towarz. Samopomocy lekarzy odbędzie się w sobotę d. 29 kwieńnia w Krakowie, w wielkiej sali posiedzeń „Domu lekarskiego“ przy ulicy Radziwiłłowskiej Nr. 4, o godz. 5-tej po południu, z następującym porządkiem dziennym:

1. Zagajenie. 2. Odczytanie protokołu ostatniego W. Zgromadzenia. 3. Sprawozdanie Wydziału. 4. Sprawozdanie kasowe. 5. Wnioski Wydziału. 6. Wybory Zarządu centralnego Towarzystwa. 7. Wnioski i interpelacje członków.

Ze względu na ważne sprawy upraszamy Kolegów zwłaszcza z prowincyi i ze Lwowa o jak najliczniejsze przybycie.

Kraków dnia 14 kwieńnia 1905 r.

Generalny sekretarz:

Dr. Adam Langie.

Prezes:

Prof. Dr. H. Jordan.

* Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie, przypominając już przedtem zapowiedziany Zjazd w dn. 6 i 7 maja bież. roku, donosi, że w przyszłym roku w połowie m. maja urządzi Wystawę balneologiczną w połączeniu ze Zjazdem.

* Komitet wykonawczy X-go międzynarodowego Kongresu w sprawie zwalczania alkoholizmu, mającego się odbyć w połowie września b. r. w Budapeszcie, udzielił D-rowskiemu Augustynowi Wróblewskiemu (Kraków, Sławkowska, 24) pełnomocnictwa w sprawie utworzenia Komitetu Polskiego, który ma się zająć zorganizowaniem uczestnictwa Polaków na tym Kongresie. — Uczestnicy Kongresu będą zwolnieni od połowy opłaty za jazdę od granicy węgierskiej do Budapesztu. Poczynione będą starania, aby robotnikom i niezamożnym uczestnikom Zjazdu uczynić pobyt w Budapeszcie jaknajłatwiejszym. — Wkrótce zostaną ogłoszone nazwiska członków Komitetu Polskiego, najwybitniejszych naszych działaczy w walce z alkoholizmem.

* Ordynatorem oddziału chorób moczowopłciowych w warszawskim szpitalu św. Ducha mianowany został drogą konkursu Dr. Mincer.

* Związek wiedeńskich Kas chorych uchwalił ustanowić fundusz pensyjny dla lekarzy Kas, oraz zabezpieczyć byt wdów i sierót po nich.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruzlicą zbierze się w Paryżu między 2 a 5 października b. r. W austriackim Komitecie urządzającym przewodniczą wiedeńscy profesorowie: Schrötter

i Weichselbaum. Biuro Komitetu znajduje się w klinice prof. Schröttera (IX Alserstrasse, 4). Referentami z Austrii będą: Escherich, Friedländer i Sternberg.

* Wyższa szkoła w Belgradzie ma być przekształconą na Uniwersytet z czterema Wydziałami: lekarskim, prawnym, filozoficznym i technicznym. Wydział lekarski ma się stopniowo organizować w ciągu kilku najbliższych lat.

* Między 20 a 26 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w 4 gminach powiatu dąbrowskiego. Prócz tego stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicji: brzeżańskim, cieszanowskim (po 1 gm.), czortkowskim (3 gm.), dolinańskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim, husiatyńskim, horodeńskim (po 1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kołomyjskim (3 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyskim, przemyslańskim (po 1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (3 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), zborowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Best (okulistyka) i Böttcher (chirurgia) mianowani profesorami nadzw. w Giessen.

Nekrologia. Dr. Ignacy Gutowski, starszy lekarz pułkowy, padł pod Mukdenem. Dr. Adolf Rosenfeld, prymariusz szpitala izraelskiego, lat 64, zmarł w Tarnopolu. Fizyolog prof. Meissner zmarł w Getyndze w 75 roku życia. Dr. Christopher, prof. pediatrii, zmarł w Chicago. Prof. okulistyki w Chrystyanii Storm Hjort zmarł w 70 r. życia. Dr. Bornhaupt, b. prof. chirurgii w kijowskim Uniwersytecie, zmarł w 63 r. życia. Dr. Chodin, prof. okulistyki, lat 58, zmarł w Kijowie.

Bibliografia

— *Postęp okulistyczny* (marzec). Rumszewicz: O guzach gruczolanych naczyniówki. Wicherkiwicz: Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.

— *Medycyna* Nr. 13. Flis: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych. Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Horwitzówna: O metodach barwienia drobnowidowych preparatów krwi. Bornstein: Z kazusyki neurologicznej (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Wrzosek: Materiały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych (c. d.). Lachs: Przyczynek do znajomości Jana z Reguł lekarza krak. z XV i XVI w. Sokołowski: Z życia szpitali.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 4. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcjach w r. 1902 (c. d.). Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.). Pręgowski: O łaźniach ludowych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 14. Starý: Tetanie v průběhu žaludeční choroby a břišního tyfu (dok.). Schwarz: O profylaxii, prognose a zásadách terapie bočivosti (dok.). Slavík: Lupus vulgaris a moje případy luposni (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 25. Vincent: Częstość zapalenia gardła, wywołanego prątkami krętymi i wrzecionowatymi. Surmont: Nadzór sanitarny nad szkołami, udział rodziców w tym nadzorze.

Nr. 26. Ombredanne: Zastosowanie wyciągania stałego w skośnem złamaniu podudzia. Meunier: Zaczyni podpuszczkowy a trawienie mleka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Jaksch: Rozpoznanie i leczenie chorób wewnętrznych zapomocą Röntgenografii. Richter: Uwagi doświadczalne nad wodonerczem. Liermberger: Przyczynek do leczenia niedokrewności z powodu choroby tęgoryjcowej, oraz niedokrewności zwrotnikowej. Krause: Stosunek balneologii do chirurgii (dok.). Meyer: Potrzeba i sposób odkażania przedmiotów i służby, używanych do przewożenia chorych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 14. Schmaltz: Rodzinna drżączka. Hoesslin: Obwodowe porażenia w czasie ciąży. Richartz: Pleśniawki w krajach zwrotnikowych albo indyjskie „spruw”. Hess: Doświadczalna matryca trzustki i tkanki tłuszczowej. Flatau: O ustępowaniu tarczy zastoinowej przy nowotworze mózgu. Landau: Rak i mięsak u tego samego człowieka. Ludwig: O użyciu trwałego roztworu boro-octanu glinowego. Dölger: Historyczna prawostronna głuchota z przeczulicią ucha zewnętrznego tejże samej strony. Meissen: Przypuszczalne zmiany krwi w górach. Fellner: Dalszy przyczynek do kwestyi suchot gardlanych u ciężarnych. Hengge: W sprawie luśtań Schultzego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Luksch: Czynnościowe zaburzenia w nadnerczu przy schorzeniu ogólnem, zatruciu i zakażeniu. Hoke: Napastliwe działanie wycięcia diplokokowej. Kürt: Oznaczenie granic serca i jego odcinków zapomocą pośredniego obmacywania jego impulsu. Pichler: Gościec mięśni ocznych. Derjuschinski: Dwukrotne wycięcie żeber z usunięciem znacznego kawałka opłucnej i przepony z powodu pierwotnego mięsaka opłucnej i jego szybkiego nawrotu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 14. Ganghofner: Leczenie płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową. Determann: Uwagi nad wczesnem rozpoznaniem i wczesnem leczeniem władu rdzenia z zużycia się. Thomas: Prosty rękoczyn dla oznaczenia niskiego stanu głowki dziecka w małej miednicy. Reinecke: Wycięcie całkowite macicy drogą brzuszną z strzałkowem rozszczepieniem kikuta szyi macicznej z powodu mięśniaka szyi. Klingmüller i Halberstaedter: Bakteryobójcze działanie światła w leczeniu metodą Finsen. Porges: Wydzielanie siarkanów przy używaniu solanek alkalicznych. Gerber: Zmiany w ścianach jam kostnych przy ropieniu. Deycke Pascha i Reschad Pascha: Pogląd na sprawę trądu (dok.).

Redakcja otrzymała. Jędrzej Śniadecki: Teorya jestestw organicznych (Wydanie jubileuszowe staraniem Redakcyi „Nowin lekarskich” z przedmową Dr. A. Wrzoska). Dr. Zagórski i Dr. Teller: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie za rok 1904. Kopeczyński: W sprawie leczenia płasawicy. — Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Ratunkowego we Lwowie za r. 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa”.

W tygodniu 14 (od dnia 2/IV do 8/IV) urodziło się dzieci: żywo: chl. 34, dziew. 29; nieżywo: chl. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 23, kob. 26; zamiejscowych: męż. 23, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 12. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwona: miej. —, ob. —. 12) cholera azjatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyraunne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. Razem: miejscowych 40, obcych 30.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Woda Krościeńska
ze źródła Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Źródłowy w Krośniku nad Dunajcem.

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmuje

Woda Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelnego miejsca.

Główny skład dla Galicji i Bukowiny

Perleberger Schenker
Kraków, Grodzka, 48.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym środkiem przeciwgruźliczym; należy go podawać naprzemiennie z duotalem. Jest on doskonałym wewnętrznym lekiem przeciwzołzowym. W dużych dawkach (10—15 g. dziennie, dla dzieci 1—6 g. w 4 częściach) jest pewnie i szybko działającym lekiem we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych od zwykłych zaziębień aż do najpoważniejszego zapalenia płuc. — Creosotal „Heyden“ ma czyste własności lecznicze krezotolu, jednak bez jego ubocznych własności żrących, złego smaku i zapachu.

Collargol

W sprawach septycznych, — w posocznicy, zakażeniach połogowych (także zapobiegawczo przy porodach), zapaleniu wsierdza, wągliku, posocznicy i wiewiórowym gościecu i t. d. — Credégo“ do weierania. Kołaczyki po 0,05 i 0,25 Collargolu do wkładania do ran i t. p.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 b

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Nauka o chorobach wewnętrznych

w trzech tomach.

Wyszły z druku:

Tom I. (3 zeszyty): Choroby układu nerwowego, choroby zakaźne, zatrucia, choroby wymiany materii.

Tom II. (3 zeszyty): Choroby górnych dróg oddechowych, choroby płuc, choroby serca i układu naczyniowego, choroby narządu ruchowego, choroby gruczołów.

Tom III. (4 zeszyty): Choroby dróg moczowych, wątroby, trzustki, śledziony, przewodu pokarmowego i otrzewnej. Wody mineralne. Zboczenia mowy.

Opracowali: Dr. Biegański, Prof. Domański, Prof. Gluźński, Prof. Jaworski, Prof. Ed. Korczyński, Prof. L. Korczyński, Dr. Latkowski, Doc. Marischler, Dr. Ołtuszewski, Dr. Pišek, Prof. Pieniążek, Prof. Prus, Doc. Wieczkowski, Dr. Wilczyński. Wydał Prof. Jaworski.

Cena pierwszych 2 tomów w prenumeracie po 9 K.; cena tomu III 12 K. Do nabycia w księgarniach: H. ALTENBERGA WE LWOWIE i S. A. KRZYŻANOWSKIEGO W KRAKOWIE.

1902. Vyškov. Srebrny medál vystavy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitą pomocą w gościecu, dnie, gościecu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bólach głowy i gościecowym bólu zębów, przeciw zwiotezeniu mięśni po wyczerpującej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowym. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako weierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zarejestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie Linim. menth. chloroform. compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska Bruno Raabe, Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska Milde & Rössler, handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2.40, mała K. 1.20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

IGNACY GOTTWALD

PRAGA (CZESKA) Na Příkopě Nr. 2.

Własna pracownia mechaniczna narzędzi higienicznych i do szpitali, wyrabia:

łóżka żelazne, wkładki (materace) druciane do łóżek, stoliki i skrzynie nocne, łóżka ekstensyjne, przyrząd do przewożenia łóżek, przyrządy prostowawcze, nosze, stoliki umywalne, stoły dla bandaży,

stoły dla przyrządów chirurgicznych, skrzynki dla instrumentów chirurgicznych, podstawki dla ławgi, podstawki dla irygatorów, stoliki (krzeselka), stoły lekarskie badawcze i operacyjne, i t. p.

przyjmuje urządzenie szpitali i sal operacyjnych.

— Cenniki illustrowane na żądanie gratis i franco. —

Łóżko patentowane

dla astmatyków, dla chorych w ogóle, zwłaszcza dla niemogących opuszczać łoża, dla rekonwalescentów i t. d. (Patentowane w Austrii, Węgrzech i Niemczech). Jednym ruchem można zmieniać pozycję chorego według potrzeby dowolnie (nawet z horyzontalnej, do pochyłej siedzenia) bez dotknięcia i inkomodacji chorego.

Przybywanie białka krążącego

pod działaniem Sanatogenu — por. Therapie der Gegenwart No. 10, rocznik 1904. Wskutek swego zarazem wybitnie neurotonicznego działania wywiera Sanatogen znakomity skutek odżywczy i sprawia szybkie wzmaganie się sił. Sanatogen wcale nie działa drażniaco i dlatego znosi go doskonale każdy organizm. Piśmiennictwo i próbki PP. Lekarzom rozsyła się na każde żądanie.

— — — — — Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48. — — — — —

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), dnotalem („Heyden“), kreosotem, gonolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuelem, olejem ryecynowym, olejem santełowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. ZAHRADNIK in scat. orig“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniść.**

Powtórne orzeczenie komisji przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“ PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy
z Kolą.

W działaności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisji Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy
kosztuje 2.00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy
z Kolą kosztuje 2.50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy
WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austrii w r. 1870 wprowadzone.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędných powag lekarskich i naukowych.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarkowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

Neurolal

(Bromdiaethylacetamid). Nieszkodliwy środek nasenny, doskonale działający w dawkach po 0.5—2.0 i g 0 gr. Działania ubocznego, jak oszołomienia, zaburzeń ruchowych i działania zbiorowego i t. p. nigdy nie zauważano. Koi ból i uspakaja w nerwowym bólu głowy, także u epileptyków, i w podnieceniach przy miesiączce, w dawce 0.3—0.5 g. Zmniejsza i łagodzi napady padaczkowe. — Kołaczyki neuronalowe po 0.5 gr.

Jodol

Wybornio zastępuje jodoform, — bez zapachu, nietrujący. Polecony przez największe powagi lekarskie. Do wdychowań w praktyce laryngologicznej nadaje się szczególnie Menthol-Jodol (drobnokrystaliczny Jodol z 1% mentolu).

Dormiol

Bioferyna

Oreksyna

Dokładne piśmiennictwo rozsyła

71

KALLE & Co. A-G. Biebrich.

AQUA FERRO-CALCEA „TERLIK“

(Nazwa i marka prawnie zastrzeżone!)

Przetwór żelazowopapniowy, wypróbowany i za doskonały uznany przez wielu pp. lekarzy

Wskazania:

- Niedokrwistość, blednica, zmiany szczytów płuc, krztusiec i krzywica.
- Oslabienia po przebyciu ciężkich chorób, po znacznych krwotokach i brak łaknienia.

Przetwór ten, o dobrym smaku, łatwo strawny, nie psujący zębów, działał nawet w tych przypadkach, w których inne przetwory żelaza zawiodły lub nie były znoszone.

Zapisuje się w dowolnych ilościach. — Klinikom i szpitalom celem wypróbowania dostarcza się bezpłatnie!

73

Główne zastępstwo i jedyna fabryka:

Chem.-farm. Laboratorium STERN-APOTHEKE, Wien IV. Karolinengasse 32.

SYRUP Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“.

Syrup ten łączy sole bromowe, waleryanowe, fosforowe z wyciągiem orzechów Kola. Przyjemny w smaku, lekko strawny. Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, hysteryi, padaczce, płasawicy, zamroczeniach epileptycznych i t. p. Rp. Syrup. Valeriano-Bromat comp. „Jahr“ lagen. origin. S. D. Dziennie 2—4 łyżeczki kawowe z wodą lub mlekiem. Dzieciom połowę dawki. 169

Prawdziwy tylko we flaszkach oryginalnych po K. 2 i K. 3 80.

Wyrób i skład główny w aptece Fortunata Gralewskiego w Krakowie, ul. Szczepańska 1. 1.

Sławne na cały świat źródła:

VICHY

własność francuskiego Państwa.

Administracja:

Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dníe i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobných i kamykach żółciowych, w zastojach w zakiesie organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastylki.

Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła.

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę
żądanego źródła. 58

Polecane przez Światne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0 60%, Fe i 0 10%, Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malarii, żółtaczce, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony. Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszkę wysyłam franco

SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecane przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyraża

167

DUSSELDORFSKA FABRYKA
KRAKÓW - ZWIERZYNEC.

„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ten jedyny wyrób krajowy polski, lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigollotów zagranicznych“.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli**, aptekarza w Radomyślu koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 163

Sposób użycia: miejsce zboleiałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija wata lub flanelą.

Expedyowana bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie 1 kor. 40 i większych po 5 koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko. przesyła apteka **Eugeniusza Matuli** Radomyśl koło Tarnowa.

Składy we wszystkich aptekach.



Laboratorium chem. farm. **Eugeniusza Matuli**, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN“

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrabiam dwójaki a to: sam jako Stomachinum i z dodatkiem Aold. cynamillo. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kłóselek. — Cena małej flaszkę 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbkę dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.

Dr. OTTONA GUGGENBERG'A ZAKŁAD WODOLECZNICZY

BRIXEN a. d. Eisack (Tyrol południowy).

Otwarty przez cały rok. Łagodne zimy. Sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, mięsieniem, gimnastyką leczniczą, kąpiele świetlne i słoneczne, leczenie dyetetyczne i terenowe. 22

Prospekty rozsyła Dyrekcja Zakładu.

A. MANDUK WARSZAWA.

PIERWSZA POLSKA FABRYKA PRZETWORÓW
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNYCH

POLECA

NASTĘPUJĄCE PREPARATY WYROBU WŁASNEGO:

Antipyrin. salicylic.	(Znane także pod nazwą)
" coffein. citric.	"Salipyrin"
Bismuthum subgallie.	"Migraenin"
" jodgallie.	"Dermatol"
Guajacol. thionatum	"Airol"
Bismuthum tribromphenylic.	"Thioeol"
Tanninum albuminat.	"Xeroform"
" diaceticum	"Tannalbin"
Methylenum ditannic.	"Tannigen"
Tanninum hexamethylenetetramin.	"Tannoform"
Benzonaphthol	"Tannopin"

Reprezentacya i sprzedaż na Galicyę zachodnią:
Hurtowny skład materyałów aptecznych

M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu—
Krakowie ---

P. T. Panów lekarzy upraszam przy zapisywaniu moich
wytrobów w oryginalnem opakowaniu (po 25, 50 i 100 gr.)
dodać me nazwisko „MANDUK“.

158

Nakładem „Wydawnictwa dzieł lecarskich polskich im. Edwarda
Korezyńskiego w Krakowie“, wyjdzie w drugiej połowie maja dzieło
pod tytułem:

Nauka o chorobach usznych.

NAPISAŁ Dr. RAFAŁ SPIRA.

Nabyć można w księgarni S. A. Krzyżanowskiego i w Administracyi
„Wydawnictwa“ ul. Kopernika 1. 15 w Krakowie. — Dzieło to rozo-
ślane zostanie członkom prenumeratorom „Wydawnictwa“, jako premium
105 za rok 1903 i 1904.

Najlepszym środkiem zastępczym za wyskok jest:



BIOROM



niezawierający wyskoku, aromatyczny wyciąg
z ziół, sporządzony według średniowiecznej recepty.
Odpowiednio do znajdujących się w nim ziół: Gen-
tiana, Chamomilla, Anisus. Mentha pip. i Cortex
Quereus, podnieca BIOROM łaknienie, działa prze-
ciwkurczowo, ściągająco i odkażająco. 46

Jako dodatek do mleka, wody zwykłej i wód mi-
neralnych odpowiada BIOROM wszelkim wyma-
ganiom i stanowi miły w smaku, odświeżający
i zdrowy napój. Prospekty co do rozsyłki gratis i franco.

BIOROMWERK: Wien IX. 4. Nussgasse 10.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lecarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 3500 orzeczeń
lecarskich. — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom litera-
turę i próbki. 21

J. Serravallo * Triest-Barcola.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0.05, wapnia 0.10,
potasu 0.06, sodu 0.06, chloriny 0.005, i strychiny
0.00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do
farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dziel-
nym środ-
kiem w przypadkach niedokrewności, neurastenii,
rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzy-
wicy, zółtach jest nieocenionem tonicum dla ozdrowieńców;
bywa też podawany w pierwszorzędných klinikach, jak w klinice Rady dworu prof. Krafft-
Ebinga, prof. Felsersreicha, prof. Fingera, prof. Mra-
čka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej
w aptece Piotra Mikola-
scha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece
Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Boulevard 17.

Dr. UHMY

PUDER NA WŁOSY w płynie.

Doskonale odłuszcza i odkaża skórę, zapobiega wypadaniu wło-
sów, wzmacnia ich porost. — Do nabycia w zasobniejszych
aptekach, drogueryach i składach perfum. W Krakowie: W. Redyk,
Reim i K. Wiśniewski; we Lwowie: Hay, Mikolasch; w Wie-
dniu: Nieust. Wyst. Zw. prz. I. Spiegelg. 21. 175