



# WIZYBNA LECZNIKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘT-  
· TNOŚCI · LECZNIKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2677.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

D-r Med. Bolesław Dębiński

## Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

### Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena rb. 1.

# PRZECIW Hemoroidom

Cena obniżona: Mk. 3.60 za pudełko 12 świeczek.

**Anusol**  
Goedecke

ANUSOL szybko usuwa często dręczące bóle, dezynfekuje, osusza i leczy zapalne, przekrwione i ropiejące powierzchnie. Zmiękcza zastój kału w odbytnicy, sprawdza lekkie i niebolesne wypróżnienie. Anusol nie zawiera żadnych narkotyków, nie zatrzuwa i nie wywołuje jakichkolwiek szkodliwych następstw. Skutkiem tego może być stosowanym w każdym wieku i każdej chwili. Wprowadza się rano i wieczorem świeczkę możliwie głęboko do odbytnicy.

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych, należy sądzić tylko

„Anusol Goedecke'go”

w czerwonych pudełkach z plombą Goedecke i S-ka w Lipsku.

Dostawcy: Ed. KOCH i W. BORMANN w Warszawie, Nowogrodzka 4.

# Neuronal

**LEK NASENNY, zawierający brom,  
znakomity LEK KOJĄCY I USYPIAJĄCY.**

W połączeniu z Amylenhydratem działa znakomicie w zamroczeniu padaczkowym i w śnie padaczkowym.

**Neurofebrinum** (Neuronal — Antyfebryna aa) Lek przeciwbólowy i kojący.

Opakowania oryginalne: Tabletki neuronalowe po 0,5 g. № X.

Tabletki neurofebrynowe po 0,5 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Blebrich nad Renem.

**FABRYKA PREPARATÓW DYETETYCZNYCH I FARMACEUTYCZNYCH**

**Dr A. Wander T-wo Akc. w Bernie.**



Zawiera czynną owolecytnę, naturalny nośnik fosforu i stanowi jako codzienny napój (na śniadanie), wyśmienite źródło ożywcze dla neurasteników, dla ludzi wyczerpanych fizycznie i umysłowo, dla dzieci w okresie rozwoju i t. d.

PRÓBY I LITERATURĘ NA KAŻDE ŻĄDANIE WP. DOKTORÓW DOSTARCZA PRZEDSTAWICIEL  
**IGNACY LIPSZYC, Warszawa, Marszałkowska 127. Telefon 31-84.**

W Aptekach i Składach Aptecznych!!

**PRACOWNIA STERYLIZACYJNA  
D-ra BORZYMOWSKIEGO**

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) Gazę hygrosk., jodotorm, wioformową, kseroform. w postaci pasków: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług.
- 2) Kompresy przeciwzapalne, nasycone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw.
- 3) Tampony z lintaneli (waty prasowanej).
- 4) Laminaryę sterylizowaną w zatopionych ampulkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy.
- 5) Gazę jodoformową Dührsena (do tamponowania).
- 6) Płyn do znieczulenia miejscowego № 1 (0,3 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50).
- 7) 2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów w ampulkach po 1.0.
- 8) Samomydłące poduszeczki do mycia pola operacyjnego, położnic i do kąpieli po 10 szt.
- 9) Ciepłomierze maksymalne skontrolowane i odkażające się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Składy Główne: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62, Telet. 106-85).

Wata, Gazę hygrosk., jodotorm, wioform., kseroform, Ligatury, katgut, Bandaze.

Tampony ginekolog., uszne, nosowe, oczne, opatrunki chirurg. i ginekolog. Wyprawkę polog. Fyzjolog. roztwór soli.

## Z D R O W I E

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami, objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

- ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia. 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZENI. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenvala, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.



Ogólnego zbioru № 2677.

# WIZYTA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-  
TNOŚCI LEKARSKICH

Warszawa, d. 24 marca 1917 r.

Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ WE LWOWIE (DYREKTOR PROF. Z. DMOCHOWSKI).

## TRZY PRZYPADKI KIŁY PŁUC U LUDZI DOROSŁYCH.

Podala

Dr Helena Schusterówna,

asystentka przy katedrze anatomii patologicznej.

Zmiany anatomiczne, jakim ulegają płuca ludzi dorosłych pod wpływem kiły, nie są dziś jeszcze w zupełności ustalone. Przyczynia się do tego przedewszystkiem rzadkość sprawy, dalej w wielu przypadkach brak zmian charakterystycznych i swoistych, częste komplikowanie się kiły przez inne schorzenia, szczególnie gruźlicę, niemożliwość wykrycia w płucu krętków swoistych i nareszcie częsty bardzo brak rozpoznania klinicznego. Wszystko to razem wzięte przyczynia się do tego, że prawdopodobnie wiele przypadków kiły płuc na sekcji nawet bywa nierozpoznanych.

Statystyka uczy nas, że zmiany kiłowe w płucach u ludzi dorosłych występują rzeczywiście niezmiernie rzadko. Stolper np. z Wrocławia na 2995 sekcji, 86 razy wykrył wogóle kiłę; w 25 przypadkach była to kiła wrodzona, w 61 nabyta. Płuca były 5 razy tylko zajęte: raz jeden umiejscowiły się tu kilaki, cztery razy płuco uległo przewlekłemu zapaleniu wytwórczemu.

Sugai w Japonii zwracał szczególną uwagę na kiłę w płucach; od r. 1888 — 1903 znalazł tylko jeden przypadek, w którym można było stwierdzić zmiany swoiste.

W *Archiv für Dermatologie und Syphilis*

od r. 1894 — 1899 znajdujemy opis tylko jednego przypadku kiły płuc anatomicznie stwierdzonej i zbadanej (Diel). W lwowskim zakładzie anatomii patologicznej od r. 1898 — 1914, a zatem przez lat 17 ani razu nie stwierdzono nabytej kiły płuc.

Według wielu autorów rozpoznanie kiły płuc na stole sekcyjnym jest niezmiernie trudne; Rössle np. twierdzi, że niema innego schorzenia kiłowego w organizmie, któreby było podczas sekcji tak trudnem do rozpoznania, jak syfilis płuc ludzi dorosłych. Nawet badania mikroskopowe niezawsze do celu prowadzą. To też piśmiennictwo, dotyczące nabytej kiły płuc, nie jest zbyt obszernie. W 18-tym wieku zaczęto opisywać poszczególne przypadki; później jednak po ustaleniu się nauki Laënneca o gruźlicy płuc, syfilisem nie zajmowano się wogóle. Dopiero z końcem pierwszej połowy ubiegłego stulecia, w okresie potężnego rozwoju anatomii patologicznej, zaczęto znowu zwracać uwagę na kiłę płuc.

Z tego czasu pochodzi znaczniejsza liczba prac.

Zebrał je pierwszy Hiller w r. 1882, następnie zestawil je Flackmann w swym referacie zbiorowym, obejmującym wszystkie

przypadki kiły płuc od r. 1879 — 1899; od r. 1899 — 1907 dopełnił je Hexheimer. Od tego czasu w dostępnym mi piśmiennictwie znalazłam zaledwie kilka prac, dotyczących kiły płuc. Znane mi są: Sugai, Tokahiko Tanko, Stanley, Brandenburg, Rössle, Koch-Eberfeld. W piśmiennictwie polskim opisał kiłę płuc w r. 1882 tylko Sokołowski. Zresztą i w podręcznikach anatomii patologicznej bardzo mało mówi się zwykle o kile płuc ludzi dorosłych i to z pewnymi zastrzeżeniami lub wątpliwościami. Tylko w nowszych wydaniach i podręcznikach [Aschoff (1909), Kaufmann (1911), Dmochowski (1903)] nieco obszerniej omawiana jest jedna postać kiły płuc, mianowicie — kilaki.

Przeważna część badaczy twierdzi, że w płucach u ludzi dorosłych kiła przejawia się pod trzema postaciami anatomicznymi: 1) kilaków (*gummata syphilitica*), 2) zapalenia przewlekłego, śródmiąższowego, wytwórczego tak zw. zapalenia włóknistego (*pneumonia interstitialis fibrosa*), 3) zapalenia, w którym przeważają nacieki zapalne — tak zwane zapalenie płuc syfilityczne (*pneumonia syphilitica*) Wszystkie te postaci mogą rozwijać się samoistnie lub kombinować się ze sobą.

Niektórzy badacze mają pewne wątpliwości co do powstawania kilaków w płucach; inni znów twierdzą, że kilaki stanowią jedyną pewną postać anatomiczną, pozwalającą na rozpoznanie nabytej kiły płuc.

Rzeczywiście w płucach kilaki spotykamy rzadko; być może dlatego, że szybko rozpadają się i wtedy nic charakterystycznego nie posiadają, być może, że czasem odróżnić je trudno od guzów gruźliczych; często, o ile się zdaje, na tle syfilisu płuc rozwija się gruźlica, lub inne zapalenie a wtedy nawet badanie bakteriologiczne nie prowadzi do celu, gdyż w kilakach możemy znaleźć prątki gruźlicze, lub w ogniskach gruźliczych włóknistych prątków możemy nie wykryć. Krętków syfilitycznych, jak mówiliśmy, dotychczas w płucach nie znaleziono; zresztą poszukiwania w tym kierunku nie mogą mieć wielkiej wartości, gdyż nie można wykluczyć krętków jamy ustnej, które za życia lub po śmierci do schorzałego ogniska dostać się mogą. Badania Koch-Elberfelda, który znalazł w ścianach rozpadającego się kilaka krętki, wielkiej wartości nie mają, gdyż takie same krętki znaleźli inni w otoczeniu ognisk zgorzeliny zwykłej.

Kilaki powstają w płucu pod postacią guzów czasem pojedynczych, czasem licznych,

wielkości rozmaitej: od ziarna grochu do orzecha włoskiego, nawet jaja kurzego (Kaposi). Usadwiają się najczęściej w okolicy wnęki płuca, w płacie średnim i dolnym, rzadziej pod opłucną w płacie górnym. Występują albo w jednym płucu, a wówczas najczęściej w prawym (Pancratin) albo też w obu płucach (Kaposi). Guzy większe są ostro odgraniczone, jednak nie zawsze otorbione, niezbyt twarde, blade, szaroczerwone lub żółtawe; często są one rozrzucone wśród zdrowego miąższu płucnego; guzy mniejsze leżą zwykle wśród rozrosłej tkanki łącznej, są twarde, na przekroju żółte; guzki drobniutkie leżą najchętniej w tkance łącznej wzdłuż większych oskrzeli i naczyń krwionośnych.

Co się tyczy drugiej postaci kiły płuc, mianowicie zapalenia włóknistego śródmiąższowego, to rozpoznanie powstających przytem obrazów jest o wiele trudniejsze i może być zrobione właściwie tylko na podstawie zmian, stwierdzonych w innych narządach. Cały szereg autorów jednak opisuje tę postać.

Hansemann uważa, że ograniczone ogniska włókniste t. j. blizny wtedy tylko za syfilityczne uznać można, jeżeli tworzą wciągnięcia gwiazdźdźiste, jeżeli na większej przestrzeni nie zawierają mas serowatych, jeżeli istnieją w organizmie inne zmiany kiłowe.

Rzadko bardzo zapalenie włókniste rozwija się równocześnie z innymi postaciami kiły, a szczególnie z kilakami. Zapalenie to obejmuje zwykle całe płaty. Opłucna trzewna jest zwykle zrosnięta ze ścienną, szczególnie w płatach dolnych, gdzie sprawa najchętniej się umiejscawia.

Miąższ płuca zwykle podzielony bywa przez pasma rozrastającej się tkanki łącznej na szereg mniejszych lub większych odcinków. Rozrostowi ulega przeważnie tkanka łączna przyoskrzelowa i przynacyniowa. W częściach obwodowych płuca rozrasta się czasem tkanka łączna śródrazikowa, uciskając na pęcherzyki płucne i wywołując miejscową niedodmę. Często rozrastająca się tkanka, uciskając na oskrzela, wywołuje zwięźlenie ich światła; powyżej miejsca uciśniętego powstaje zwykle rozszerzenie oskrzela. Jeżeli dodamy do tego zmiany w ścianach i światło naczyń, to zrozumiałem się staję, że przemiana gazów zostaje znacznie upośledzona, co odbija się na ogólnym stanie organizmu.

Rozrosła tkanka łączna przedstawia się pod postacią tkanki włóknistej, miejscami szklistej; pośród niej widzimy często ziarenka pigmentu lub masy serowate. Co się tyczy

punktu wyjścia bujania, to przeważna część autorów twierdzi, że bujanie rozpoczyna się od błony zewnętrznej naczyń krwionośnych (Ramrohr, Wagner, Pawlinoff, Russard). Niektórzy twierdzą, że sprawa rozpoczyna się bujaniem dookoła oskrzeli. Hiller widział początek bujania w ścianach pęcherzyków płucnych. Cornil twierdzi, że bujanie tkanki łącznej zaczyna się w otoczeniu gruczołów okołoskrzelowych. Wynika z tego, że bujanie tkanki łącznej może zacząć się wszędzie, gdzie się ona znajduje i gdzie zagrzeszyły czynniki chorobotwórcze. Zdaje się jednak, że najczęściej rozrost zaczyna się w błonie zewnętrznej naczyń krwionośnych.

Co się tyczy postaci kiły płuc nabytej, przejawiającej się anatomicznie przez nacieczenie zapalne, to spotykamy ją najrzadziej; nie posiada ona żadnych cech swoistych, tak że wielu badaczy nie wierzy, by kiła pod tą postacią przejawiać się mogła (Birsch-Hirschfeld, Orth, Hiller). Według Neumanna zapalenie to zwykle umiejscawia się w jednym tylko płucu, wyjątkowo na dwóch, zaczyna się w środku zraza i przesuwa się ku dołowi aż do opłucnej. Pośród części nacieczonych znajdują się często pojedyncze lub liczne, zlewające się guzy; guzy te są rozmaitej wielkości i układają się w pobliżu naczyń i oskrzeli. Postać tę wtenczas tylko uznać można, jeżeli klinicznie stwierdzono kiłę i jeżeli na sekcji zostały wykryte zmiany kiłowe w innych miejscach organizmu.

Widzimy więc, że dla rozpoznania anatomicznego kiły płuc, bardzo ważnym jest rozpoznanie kliniczne. Dzisiaj w niektórych przypadkach odczyn Wassermanna oddaje nam wielkie usługi i przyczynia się do łatwiejszego rozpoznania. Dlatego powinniśmy szczególną zwracać uwagę i badać dokładnie przypadki schorzenia płuc, w których klinicznie kiła została stwierdzona.

W ostatnim roku widzieliśmy i rozpoznali 3 przypadki kiły płuc, sekcyonowane w naszym zakładzie anatomii patologicznej. Wszystkie 3 leczone były na oddziale wewnętrznym prymaryusza Dra Ziembickiego. Już za życia rozpoznawano w nich kiłę, w dwóch kiłę płuc. Na sekcji stwierdzono w jednym przypadku w płucach kilaki, w drugim śródmiąższowe włókniste zapalenie, w trzecim postać śródmiąższową, skombinowaną z zapaleniem wysiękowym.

Uznając podział wyżej streszczony, pozwalając sobie opisać wspomniane przypadki, zaznaczając jeszcze raz, że każdy przypadek

klinicznie rozpoznany, stanowi ważny przyczynek dla anatomii tego cierpienia.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety, lat 47, na której sekcya wykonana była w 27 godzin po śmierci 29. XI. 1913.

Rozpoznanie kliniczne: *Nephritis parenchymatosa chronica in individuo luetico.*

Rozpoznanie sekcyjne: *Lues gummosa in parte centrali lobi inf. dextri; cicatrissatio luetica cum stenosi partis inf. tracheae et bronchi dextri; pleuritis chr. adhaesiva sin.; gummata et cicatrissatio luetica hepatis praecipue lobi dextri. Nephritis parenchymatosa chr.; Endocarditis calcificans valv. mitralis. valvularum aortae cum exacerbatione; atherosclerosis aortae; deg. adiposa organorum; gastritis chr. et gastrectasia; periadnexitis adhaesiva chr.; hydrosalpinx dexter.*

Badanie makroskopowe: Płuco lewe: lekkie, trzeszczące, na przekroju szare, obrzękłe.

Płuco prawe: nieco powiększone, brzegi porożymane. Na przekroju szaroróżowe, powietrzne; przy ucisku wypływa z niego dość płynu obrzękowego. W części środkowej płatu dolnego widać ogniska bardzo wyraźnie odgraniczone, dochodzące do wielkości orzecha laskowego. Guzy większe posiadają kontury nierówne, mniejsze są okrągłe lub owalne. Na przekroju są one zółte, jednostajne, suche, bezpowietrzne; przy dotyku dość twarde. W otoczeniu ich płuco jest bezpowietrzne. Błona śluzowa oskrzeli — rozpulchniona, ciemno czerwona. Chrzastki tchawicy zwapniałe; cztery cm. powyżej podziału leżą blizny gwiazdziste, zniekształcające jej światło. Błona śluzowa w tem miejscu jest ścięczała, zasiana wybroczynami krwawymi. Gruczoły przyoskrzelowe powiększone, czarne i twarde.

Badanie mikroskopowe. W celu przeprowadzenia badań drobnowidowych wycięto liczne kawałki z guzów i z rozmaitych części płuca, z okolicy wnętrza prawej.

Skrawki barwiono haematoxyliną i eozyną, van Giesonem, metodą Weigerta na włókna sprężyste, pyroniną i błękitem metylenowym, w celu zabarwienia komórek plazmatycznych; oprócz tego barwiono metodą Levadittiego w celu wykrycia krętków białych i karboluxyną — prątków gruczołowych.

Przy oglądaniu preparatów wielkich pod lupą, bardzo dobrze widoczny był stosunek guzów do przebiegu naczyń, oskrzeli i do mięszu płucnego. Okazało się, że leżą one przeważnie w otoczeniu wielkich naczyń i oskrzeli, dookoła których rozrosła się tkanka łączna; stąd odchodzą szerokie pasma łącznotkankowe, dzielące mięsz na oddzielne odcinki. W miejscach, gdzie guzy przylegają do mięszu płucnego, odcinają się bardzo wyraźnie od tkanki płucnej.

Szczegółowe badanie guzów wykazało, że składały się one z kilku warstw. Część środkową stanowi masa serowata, która zawiera drobne ziarenka chromatyny; nie jest ona jednak jednolita. Choć wybitnej struktury nie posiada, zaznaczona jest w niej budowa włóknista; prócz tego w wielu miejscach pośród niej widoczne są kontury naczyń krwionośnych, oraz pył węglowy. Naczynia te

szczególnie są wyraźne na preparatach barwionych na włókna sprężyste. Włókna te, jako odporniejsze, nie ulegają tak łatwo rozpadowi, barwią się i uwidoczniają w ten sposób kontury obumarłych naczyń. Zaznaczyć tu muszę, że choć ściany naczyń uległy martwicy, zauważyć jednak było można, że ich błona wewnętrzna była wybitnie zgrubiała. Wskutek tego światło wielu naczyń było zamknięte, innych mocno zwężone.

Część obwodową guza można podzielić na kilka warstw: pierwszą, wewnętrzną stanowi młoda tkanka ziarninowa, w której przeważają fibroblasty i komórki plazmatyczne, prócz tego widać wśród niej liczne młode naczynia krwionośne i chłonne; dookoła tej warstwy widoczny był naciek, składający się z komórek okrągłych; zewnętrzną warstwę stanowi tkanka ziarninowa, w której wytworzyła się już istota międzykomórkowa, ulegająca miejscami przemianie szklistej. Wśród tkanki tej spotykamy liczne komórki olbrzymie typu Langhansa. W otoczeniu guza ściany pęcherzyków płucnych są nacieczone komórkami okrągłymi, wskutek czego są zgrubiałe, a światło pęcherzyków zmniejszone. Nabłonki, wyściełające pęcherzyki, napęczniałe i złuszczone leżą w ich świetle. Często w świetle pęcherzyków spotykamy komórki olbrzymie: miejscami są one małe o dwóch i trzech jądrach, mało różniące się od złuszczonych nabłonek, miejscami leży jedna wielka komórka, wypełniająca całe niemal światło pęcherzyka, zawierająca ogromną ilość jąder. Ilość ich bywa rozmaita: czasem leży jedna komórka, czasem 4—5. Prawdopodobnie powstają one ze zlania się złuszczonych nabłonek pęcherzykowych.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany w naczyniach krwionośnych, średniego kalibru, leżących w otoczeniu guzów. Widzimy tu czasem nieznaczne zgrubienia, czasem zaś wybitne bujanie błony wewnętrznej. W bujającej tkance spotykamy przeważnie komórki wrzecionowate, czasem gwiaździste. Błona wewnętrzna jest wogóle mniej zmieniona; gdziekolwiek spotkać można nacieki drobnokomórkowe naokoło naczyń odżywiających warstwę mięśniową. Błona zewnętrzna była wogóle mocno nacieczona, tak dalece, że granica naczyń w wielu miejscach została zatarta. Nacieki składają się przeważnie z komórek okrągłych, jednojądrzastych; wśród nich leżą liczne komórki plazmatyczne. Bujanie błony wewnętrznej wywołuje miejscami zwężenia światła naczyń. W wielkich naczyniach zmian nie znaleźliśmy, tylko silny rozrost tkanki łącznej w ich otoczeniu; tkanka ta właśnie tworzy opisane pasma, przebiegające przez miąższ płucny. W małych naczyniach, tak w najbliższym otoczeniu guzów, jak i nieco dalej, znajdują się liczne zatory, składające się z bakterii; odczynu zapalnego w ich otoczeniu nie zauważyliśmy.

W oskrzelach znaleźliśmy dość wybitne zmiany, mianowicie: znaczne łuszczenie się nabłonek,

nacieki drobnokomórkowe w błonie śluzowej, mięśniach i ich otoczeniu. Tkanka łączna przyoskrzelowa składa się z istoty międzykomórkowej włóknistej, zbitej, miejscami luźniejszej. Pośród niej widzimy komórki łącznotkankowe zróżniczkowane, po największej części wrzecionowate lub owalne, komórki nabłonkowe z pęcherzykowatym jądrem i komórki gwiaździste; pozatem spotykamy ogniska, składające się z komórek okrągłych, limfoidalnych.

Miąższ płucny w częściach, nie zajętych przez sprawę swoistą, zmian wybitnych nie przedstawia. Poszukiwania prątków gruźliczych i krętków białych w otoczeniu guzów i w samych guzach dały wyniki ujemne.

Badanie więc wykazało w przypadku naszym, że mamy do czynienia z ziarniniakami, ulegającymi zserowaceni. W rozpoznawaniu różniczkowym możnaby się wahać tylko pomiędzy guzami gruźliczymi a kilakami. Za syfilisem przemawiają następujące dane:

- 1) umiejscowienie; 2) obraz makroskopowy; 3) w częściach zserowaciałych guza widoczna budowa włóknista, miejscami szklista i obecność obumarłych naczyń krwionośnych; 4) obecność naczyń w najświeższej tkance ziarninowej i komórek plazmatycznych; 5) wybitna dążność do zarośnięcia światła naczyń; 6) nacieki zapalne w ścianach naczyń i ich otoczeniu; 7) brak prątków gruźliczych; 8) stwierdzone zmiany kiłowe w innych częściach organizmu; 9) kiła klinicznie rozpoznana.

Wszystkie wyżej opisane właściwości znalezionych guzów są objawami, które anatomia patologiczna uważa dzisiaj za cechy, odróżniające guzy kiłowe od gruźliczych. Jeżeli do tego dodamy, że badane przez nas guzy w niczem nie różnią się od ziarniniaków kiłowych, powstających w innych narządach, to musimy uważać się za uprawnionych do podobnego rozpoznawania.

W danym przypadku na uwagę zasługują tylko komórki olbrzymie, jakie powstały tu w wielkiej liczbie. Twory te w kilakach występują dość rzadko, tak że niektórzy badacze brak komórek olbrzymich typu Langhansa uważają za ważny czynnik rozpoznawczy, przemawiający za kiłą (Sugai).

Odwrotnie Bizzozero, Griffini, Baumgarten znajdowali je w kilakach często. W kilakach płuc widzieli je Bade, Takechiko Tanko, Mohamee. Ostatni widział je nawet w świetle pęcherzyków płucnych. (Dok. n.).

## Przypadek choroby, zbliżonej do typu gorączki powrotnej, lub tak zw. Febris quintana

podał

Dr med. Henryk Ruppert.

Lekarz ordynujący w szpitalu Wolskim.

Ch. M., 46 l., żona nauczyciela (melameda) przybyła do szpitala Wolskiego na salę 6-tą 27. IX. 1916 r., z ulicy Nowolipie № 30.

Od tygodnia chora cierpi na bóle głowy, bóle w kościach, szczególnie w goleniowych; miała gorączkę i nieznaczną biegunkę. Budowa szczupła, odżywianie upośledzone, 27. IX. wieczorem ciepłota ciała 38<sup>0</sup>.

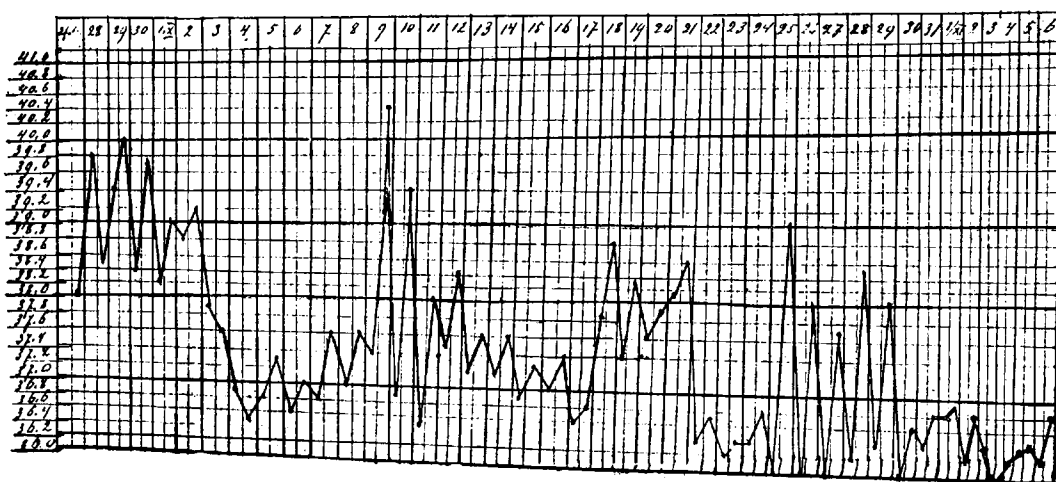
28. IX. C. 39,8, tętno 112, oddech 24. Ból w okolicy czoła bardzo dokuczliwy, bóle w kościach, szczególnie w podudziach. Śledziona nieco powiększona. W moczu trochę białka, we krwi wybitna leukocytoza, język obłożony wilgotny. Wieczorem C. 38,5. Odczynu wałkowego (Karwacki)<sup>1)</sup> mięśni brak zupełny.

poczem następuje 4-dniowy okres prawie bezgorączkowy (ciepłota ciała niekiedy 37,3—37,4—37,6, tętno 76, euphoria zupełna).

18. X. 3-ci napad gorączki, trwający 4 dni, przyczem ciepłota ciała nie przekraczała 38,8, ból głowy, ból w kościach, adynamia, nieznaczny obrzęk stóp i białkomocz, szmer u wierzchołka serca utrzymuje się.

Badanie krwi dokonane 18. X. przez d-ra Sierakowskiego w pracowni bakteriologicznej przy Tow. Higienicznem wykazuje brak aglutynacji: Ty Ebertha  $\frac{1}{50}$  — Paratyphus A  $\frac{1}{50}$  — Paratyphus B  $\frac{1}{50}$ —.

25. X. rozpoczyna się 4-ty napad 5-dniowy z gorączką o typie intermissyjnym i o objawach



Krzywa gorączki chorej Ch. M.

29. IX. C. 39,4, wieczorem G. 40,0 — objawy te same, biegunka ustała. przytomność umysłu nie zamroczona. Przy wierzchołku serca słychać szmer skurczowy, duszności nie ma. We krwi ani spirochet, ani plazmodyi nie znalazłem,— leukocytoza, jak poprzednio. Gorączka o typie zwalnającym trwała 6 dni, poczem ciepłota ciała spada w ciągu 2 dni do 36,7, przy spadku chora nieco pocila się. Ból głowy i bóle w kościach przeszły, chora czuje się osłabioną, przez 5 dni pozostaje prawie bez gorączki (w ciągu 4 dni po spadku ciepłota ciała podnosiła się zaledwie do 37,3—37,6).

9. X. chora doznała uczucia zimna. C. 37,4, wieczorem 40,4, tętno 112, oddech 24 na minutę. Ból głowy, bóle w kościach.

10. X. C. 36,9, wieczorem 39,4. Badanie krwi wykazuje leukocytozę, brak plazmodyi, brak spirochet. Nieznaczny białkomocz. W ciągu następných 3 dni stopniowy spadek ciepłoty ciała,

tych samých mniej tylko wybitnych. We krwi — ani plazmodyi, ani spirochet, leukocytoza bardzo wybitna,

30. X. następuje spadek gorączki i rozpoczyna się rekonwalescencja już bez wszelkich napadów: chora poprawia się, w ciągu paru tygodni białkomocz znika, szmer przy wierzchołku serca ustępuje w zupełności. Odczynu wałkowego przez cały czas trwania choroby nie było.

Leczenie chorej było wyczekujące, stosowano tylko środki tonizujące, w celu umożliwienia określenia typu gorączki antypiretyków wcale nie przepisywałem.

Pod koniec Listopada Ch. M. już zdrowej zupełnie zaszczepiono ospę ochronną (krowiankę) ze skutkiem pomyślnym.

W literaturze wojennej niemieckiej w ostatnich czasach mamy liczne opisy przypadków nowej postaci chorobowej, tak zw. *Fünftagefieber* (His (1), Werner (2), Rumpel (3), Zollenkopf (4), Frese (5), Friedrich Jahn (6),

<sup>1)</sup> Gazeta lekarska 1916 r. № 10.

Benzler (7) i inni podobne zupełnie z przebiegu do powyżej przytoczonej historii choroby. Początkowo opisy te pochodziły wyłącznie z frontu wschodniego, dla tego to His nazwał je „*Wolhynisches Fieber*“. Prof. O. Frese wykazał jednak identyczne przypadki i na froncie zachodnim (*Deutsche Med. Woch.* 1916 r. Nr. 41), wypada więc sądzić, że nazwa gorączki „wołyńskiej“ jest nieuzasadniona. „*Fünftagefieber*“—*Febris quintana*, wedle relacji niemieckich autorów, charakteryzuje się występowaniem u wojaków, podczas toczącej się obecnie wojny, gorączki napadowej z 4 — 5 dniowymi przerwami, bólami głowy, szczególnie w okolicy czoła i bólami w kościach, szczególnie goleniowych. We krwi chorych występuje hyperleukocytoza, spirochetę nie dają się wykazać.

Jedynie Riemer (20), Töpfer (9), Korbsch (8) widzieli we krwi twory podobne do spirochet („*zarte Spirochäten*“, „*gekörnte Spirochäten*“):

Choroba przenosi się z ludzi na ludzi przez krew, prawdopodobnie za pośrednictwem insektów (wszy), zdarza się najczęściej w czasie zimowym, nie jest endemiczną.

Napady gorączkowe trwają 2 — 3 dni, a często i więcej. Liczba napadów 4 — 6, bywało jednak i więcej — do 14. W naszym przypadku były 4 napady, prawdopodobnie jeszcze jeden w domu przed przybyciem do szpitala, razem 5,

Rokowanie pomyślne, wyleczenie następuje w 5 — 8 tygodni. Nie zdarzył się dotąd ani jeden śmiertelny przypadek. Przebieg wogóle łżejszy, aniżeli w gorączce powrotnej typowej. Notowane były w niektórych przypadkach — obrzęk stóp i białkomocz, jak to było i w naszym podanym opisie.

Na zaznaczenie zasługuje ten fakt, że przerwy wolne od gorączki nie są ściśle 5-dniowe, bywają i krótsze, a czasami nawet dłuższe 7 — 9 dni, czas trwania napadów gorączkowych, jak to już wyżej zaznaczono, bywa też zmienny; w przerwach zdarzają się nieznaczne podniesienia ciepłoty ciała o kilka dziesiątych powyżej ciepłoty normalnej. Leczenie nie wymaga szczególnej interwencji, prócz zwykłych łagodzących bóle środków, jak aspiryna, salipiryna, piramidon. Niektórzy autorowie zalecają dla skrócenia i ograniczenia napadów arsenik w postaci solutio Fowleri do wewnątrz, w stopniowo zwiększających się dawkach, lub dożylnie neosalvarsan.

Nie ulega wątpliwości, że przypadki „*Febris quintanae*“ nie mają nic wspólnego ani z zimnicą, ani z grupą duru brzuszego, ani z grypą (influenza). Czy jednak nie ma tu łączności z gorączką powrotną, absolutnie zaprzeczyć się nie da.

Przeciwnie, sądzę, że na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń wyodrębnienie „*Febris quintanae*“, jako oddzielnej postaci chorobowej, jest niedostatecznie umotywowane i zarówno mój przypadek, jak i podane w literaturze niemieckiej skłonny byłbym zaliczyć wogóle do grupy nietypowo przebiegających przypadków gorączki powrotnej (*Febris recurrens*). Dałby się tu dopatrzeć podobny stosunek, jak między durem brzuszным Eberthowskim a durem rzekomym (Paratyphus A i B). Wszak i w dawniejszych wojennych i powojennych spostrzeżeniach gorączki powrotnej w pewnej liczbie (około 13%) nie znajdowano typowych spirochet we krwi.

## L I T E R A T U R A.

1. His. Ueber eine periodische Fiebererkrankung (*Febris Wolhynica*). Berl. Kl. Woch. № 12, 1916. 2. H. Werner. Ueber rekurrendes Fieber (*Fünftagefieber*). Münch. med. Woch. 1916. № 11. 3. Rumpel. Ueber periodische Fieberanfälle bei Kriegern aus dem Osten. Deutsche med. Wochenschrift 1916. № 22. 4. Zollenkopf. Eine neue, dem Wechselfieber ähnliche Erkrankung. Deutsche med. Woch. 1916. № 34. 5. O. Frese. Ueber im Westen beobachtetes sogenanntes Fünftagefieber. Deutsche med. Woch. 1916. № 41. 6. Friedrich Jahn.

Ueber Wolhynisches Fieber. Deutsche med. Woch. 1916. № 41. 7. Benzler. Blutuntersuchungen bei sogen. Fünftagefieber. Münch. med. Woch. 1916. № 85. 8. Korbsch. Ueber eine neue dem Rückfallfieber ähnliche Kriegskrankheit Deutsche med. Woch. 1916. № 40. 9. Töpfer. Zur Ursache u. Uebertragung des Wolhynischen Fiebers. Münch. med. Woch. 1916. № 42. 10. Riemer. Beitrag zur Frage des Erregers des Fünftagefiebers, Münch. med. Woch. 1917. № 3. 11. Stintring. Ueber *Febris quintana*. Münch. med. Woch. 1917. № 5.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. Prof. L. Popielski (Lwów). **Adrenalina i nadnercza. Cz. I. Ucisk nadnerczy i adrenalina. Cz. II. Krew normalna, nn. splachnnci i adrenalina.**

Powszechnie utarło się zapatrywanie, że wiele zaburzeń w organizmie ludzkim połączonych jest ze zmianami w wydzielaniu wewnętrznym. Naturalnie szukano przedewszystkiem w wyciągach z organów o wydzielaniu wewnętrznym ciała, odgrywających rolę swoistą. Jako przykład służyć może gruczoł tarczowy. Dane z patologii ludzkiej (*hypertyreoidismus*), oraz badania doświadczalne na psach mają przemawiać za tem, że w wyciągach z tarczycy istnieje wydzielina specyficzna, która w razie zmniejszenia ilości swej wskutek spraw chorobnych, wywołuje zaburzenia odpowiednie w ustroju. Modrakowski jednak, wstrzykując wyciąg z tarczycy normalnej, otrzymywał doświadczalnie u psów objawy podobne, jak Klose po wstrzykiwaniach wyciągów z wola. Wreszcie objawy takie można otrzymać po wyciągach ze wszystkich narządów. Z gruczołu tarczowego nie otrzymano ciała swoistego, a jedynie analogia z istnieniem adrenaliny w nadnerczach daje powód do twierdzenia, dopuszczającego istnienie ciała swoistego i w tarczycy.

Obecność adrenaliny w wyciągach z nadnerczy nie przemawia jeszcze za tem, że jest ona wydzieliną stałą nadnerczy. Adrenalina, jako produkt wydzielania „wewnętrznego“, przechodzić powinna stale do krwi, nie zalegając w narządzie i dlatego w całym krwiobiegu, względnie w żył nadnercza powinna być łatwo wykazana. Jednakże otrzymywanie krwi z nadnercza połączone jest zawsze z uciskiem choćby najmniejszym. Zwrócili na to uwagę Popielski i Borberg; zresztą żaden z autorów o tej możliwości nie wspomina. Marschand i Gierke wreszcie zwracają uwagę, że w naczyń nadnerczy nie spotykamy się z produktem wydzielania czynnego, lecz z produktami wyciśniętej substancji nadnerczy. Hertler otrzymywał po ucisku nadnerczy cukromocz, co poważnie świadczy o przechodzeniu adrenaliny do krwi. Jeżeli więc weźmie się pod uwagę warunki anatomiczne, w których odbywa się pobieranie krwi z nadnerczy, to jasnym okaże się, że branie krwi sposobem zwykłym musi być połączone zawsze z jednoczesnym uciskiem nadnerczy.

Popielski przeprowadzał doświadczenia na psach po poprzednim przecięciu rdzenia poniżej przedłużonego. Cięciem pomiędzy mięśniami brzucha, a lędźwiowymi dostawał się do nadnerczy, często resekując 12, 11, 10 lub 9 żebro, celem umożliwienia lepszego dostępu. Ucisk na nadnercze wykonywany był wprost palcami lub pincetą. Okresy, czas, wzniesienie ciśnienia krwi oznaczone zostały na załączonych krzywych. Dopiero po ucisku zjawia się we krwi adrenalina, zdradzająca swą obecność podniesieniem ciśnienia (np. z

92 mm. Hg. na 230 mm. Hg.), występujące także po przecięciu *n. vagi*, *n. splachnnci* oraz rdzenia kręgowego. Dotykanie nadnerczy w przeciągu 15 sekund już wywołuje podniesienie ciśnienia krwi z 80 mm. Hg. na 120 mm. Hg., a im dłużej trwa nacisk, tem znaczniejszy jest wzrost ciśnienia. Ciśnienie krwi zaczyna narastać w 6 — 7 sekund po ustaniu naciskania w ciągu 50 — 60 sekund uzyskuje swe *maximum*, potem powoli opada. Często po ucisku zmiana położenia psa wywołuje duże podniesienie ciśnienia.

Wzrost ciśnienia krwi poprzedza zwykle lekkie obniżenie, prawdopodobnie zależne od ucisku na *v. cava inf.*, lub rozszerzenia naczyń przez adrenalinę w małych ilościach, albo wreszcie wskutek szybkiego opróżnienia tętnic, a przepelnienia przez to układu żylnego, podobnie jak po drażnieniu *n. splachnnci*, co Asher uzależnia fałszywie od wpływu odruchowego na ośrodki nerwowe wskutek drażnienia otrzewnej.

Analizując zjawisko wzniesienia ciśnienia krwi po adrenalinie, Popielski dochodzi do wniosku, że tylko ucisk nadnerczy może mieć wpływ, a wykluczony jest przy tym zabieg zupełnie wpływ drażnienia otrzewnej i *n. splachnnci*. Drażnienie *n. splachnnci* w jamie brzusznej prowadzi zawsze do pociągania tego nerwu i ucisku nadnerczy. Niektórzy autorowie (Anrep, Gley i Quinquad), eksperymentując w ten sposób, doszli do błędnych wniosków, uważając *n. splachnncis* za nerw wydzielniczy.

Drażniąc nerw współczulny w klatce piersiowej, nie wywołujemy uciskania nadnerczy, nie otrzymujemy też wydzielania adrenaliny.

Popielski szukał adrenaliny w ogólnym krwiobiegu jako przypuszczalnej normalnej, stałej wydzieliny metodami: 1) haemidynamiczną, zastosowaną u królików i 2) na jelicie, izolowanem w płynie Tyrode. Metody są niezawodne, pierwsza przez podniesienie ciśnienia krwi u zwierzęcia, któremu wprowadzono krew, zawierającą adrenalinę, druga przez zniesienie „*tonus*“ jelit i skurczów pod jej wpływem. Metody te pozwalają nawet w przybliżeniu określać ilości działającej fizjologicznie adrenaliny.

Celem otrzymania adrenaliny w możliwie dużem stężeniu pobierał autor krew z *v. cava inf.* powyżej żyły nadnercza. Krew odwłókniano i wprowadzano królikowi dożylnie lub temu samemu psu, któremu krew pobrano, oraz używano do badań na jelicie izolowanem. Krew, pobrana przed uciskaniem nadnerczy, nie wpływała na zmianę „*tonus*“ kiszki izolowanej, ani na skurcze oraz nie podnosiła ciśnienia krwi. Krew zaś, wzięta od tego samego psa po ucisku nadnerczy, podnosiła u królika ciśnienie (jak wykazuje załączona krzywa) z 76 mm. Hg. na 120 mm., t. zn. o 44 mm. w jednym przypadku, o 28 mm. w

drugim. Krew ta wstrzymała również skurcze oraz *tonus* jelita izolowanego.

Metodami temi Popielski określa adrenalinę nawet w ilości 0,01 mg. w 5 cm. sz. krwi po ucisku nadnercza, co odpowiada 0,002 gr. u psa wagi 13 kg. Jeżeli cyfry te odniesiemy do człowieka (80 kg.), to po ucisku podobnym zjawiłoby się we krwi 0,012 gr. adrenaliny ( $0,002 \times 6$ ).

Dla wyjaśnienia mechanizmu przechodzenia adrenaliny z nadnerczy do krwi podczas ucisku, zaciskał Popielski w klatce piersiowej aortę przez 1 minutę, powodując tem wzrost ciśnienia; po zdjęciu zacisku z aorty przepływał silny prąd krwi przez żyłę nadnercza. Gdyby stale w żyłę znajdowała się adrenalina, jako wydzielina, musiałaby prądem krwi być uniesiona zaraz do ogólnego krwiobiegu. Jednak ciśnienie krwi nie wzrastało, co przeczy gromadzeniu się tejże w żyłach nadnerczy. Przy ucisku więc nadnerczy wyciska się adrenalinę z samych nadnerczy.

Uciskanie, powtórzone po 5 minutach, wywołuje nieznaczne podniesienie ciśnienia krwi. Jednak po 20 minutach, po których znikła ze krwi, ucisk następny znów wywołuje silne podniesienie ciśnienia. Wielokrotnie powtarzany ucisk po przerwach 20-minutowych, nie wyczerpywał adrenaliny, a same nadnercza barwiły się chrońm prawidłowo.

Doświadczenia Popielskiego wykazują, jak silnie działającym ciałem jest adrenalina. Autor odrzuca pogląd, jakoby była ona ciałem, utrzymującym „*tonus*” naczyń, a przypuszcza, że adrenalina posiada znaczenie ciała odtruwającego, eliminującego substancje szkodliwe dla organizmu; przemawia też za tem duża liczba naczyń, odchodzących od aorty do gruczołu. Wycięcie nadnerczy psu wykazuje, że mamy do czynienia nie z brakiem ciała, ale z tworzeniem się nowego—trującego.

Gdyby adrenalina dostawała się stale do ustroju, cierpiałby on na zatrucie adrenalinowe, człowiek bowiem (80 kg.) wytwarzałby dziennie 0,5—0,96 gr. adrenaliny. Adrenalinę otrzymujemy z nadnerczy, lecz nie istnieje ona tam prawdopodobnie jako taka, ale w luźnym połączeniu z innym ciałem, z którego łatwo może być uwolniona np. pod wpływem  $CO_2$ .

Gdyby adrenalina istniała w stanie gotowym w nadnerczach dostawałaby się, jako ciało krystaliczne, łatwo w wodzie rozpuszczalne, przez dyfuzję do krwi. W rzeczywistości potrzeba anemii, ucisku lub duszności, aby we krwi się ukazała.

Wielu autorów znajdowało adrenalinę w żyłach nadnercza, z czego wyprowadzali wnioski, że adrenalina jest normalną wydzieliną nadnerczy. Popielski wykazuje, że wniosek ten jest wynikiem błędów podczas wykonywania doświadczenia. Podczas pobierania krwi z żyły nadnercza autorzy nie starali się unikać uciskania nadnerczy, uciskania, które

wystarczy, aby mechanicznie z nadnerczy przesuwać adrenalinę do krwi.

Ażeby ostatecznie stwierdzić, czy adrenalina jest stałą wewnętrzną wydzieliną nadnercza, podaje Popielski metodę własną pobierania krwi, wypływającej z nadnercza. Głównym celem metody tej jest usunięcie możliwości najdrobniejszego nawet ucisku na samo nadnercze. Metoda ta jest następująca: Autor wprowadzał przez *v. jugularis externa dextra* poniżej ujścia żył wątrobowych cewnik do *v. cava inf.* Cewnik posiada na końcu cieniutki, gumowy pęcherzyk, dający się rozdmuchać. Do obwodowego końca *v. cavae inf.* wprowadza się od *v. iliaca* kaniulę dla zbierania krwi. Możliwie ostrożnie i na długo przed pobieraniem krwi podwiązuje się obie *vv. renales* i *vv. lumbales*, które wpadają do *v. cava inf.* pomiędzy żyłami nerki i nadnercza. Następnie wypełnia się pęcherzyk powietrzem, przez co zamknięte zostaje światło *v. cavae inf.* i krew, pochodząca wyłącznie z nadnercza, przedostaje się nazewnątrz przez kaniulkę. Krew dokładnie odwłóknioną używa się natychmiast.

Z doświadczeń na psach okazuje się, że krew, pobrana w ten sposób, nie podnosi, ale obniża ciśnienie krwi i nie znosi napięcia jelita izolowanego, czyli zachowuje się jak krew, pobrana z każdego innego narządu. Podobny efekt otrzymał i Czeboksaref w doświadczeniach, w których nie drażnił *n. splanchnici*, a więc nie wywierał ucisku na nadnercze. Również krew, pobrana dla drażnienia *n. sympatici* w jamie piersiowej przy założonym cewniku, obniżała ciśnienie, co wskazuje, że nerw współczulny nie jest nerwem wydzielniczym dla adrenaliny. Co się tyczy samej adrenaliny, to uważają ją niektórzy za ciało podtrzymujące *tonus* naczyń krwionośnych.

O istnieniu tego napięcia wiemy dobrze. Dostyc jest przeciąć rdzeń kręgowy pod przedłużonym, aby otrzymać obniżenie ciśnienia. Fakt ten dowodzi, że „*tonus*” jest pochodzenia centralnego. Aby adrenalina mogła podtrzymywać ten *tonus*, powinna działać na ośrodki. Jedyna teoria Cybulskiego czyni za- doś temu warunkowi. Cybulski stworzył teorię, według której wydzielina nadnerczy — adrenalina—panuje nad układem nerwowym, jako bodziec normalny ośrodków naczynioruchowych, hamujących serca, oddechowego, zapewne i ośrodków, podtrzymujących *tonus* mięśniowy. Teorię tę oparł Cybulski na doświadczeniach Szymonowicza. Tymczasem Szymonowicz nie przytacza ani jednego doświadczenia, w którymby po zniszczeniu układu centralnego, ciśnienie od wyciągów nadnerczy przestało się podnosić, natomiast przytacza doświadczenia, w których po przecięciu rdzenia przedłużonego i po zniszczeniu rdzenia kręgowego podnosiło się ciśnienie krwi po wyciągach z nadnerczy, w pewnych wypadkach zaledwie o kilka milimetrów niżej, aniżeli przy całym układzie nerwowym.

Dalsze próby Cybulskiego, przedsiębrane z Weleckim dla wykazania centralnego

działania adrenaliny również, według Popielskiego, nie wytrzymała krytyki. Dostyc jest powiedzieć, że dla izolowania krwiobiegu mózgu od krwiobiegu tułowia obaj autorzy przewiązywali naczynia na szyi, nakładali ligaturę *en masse* na szyję, pozostawiając niekniętymi *art. et vv. vertebrales*. Wycięcie nadnerczy w odpowiedni sposób (cięcie pomiędzy mięśniami brzuszными, a grzbietowymi) nie powoduje bezpośrednio zmiany czynności serca, ani w ciśnieniu krwi. Autorzy, którzy zmiany te widzieli, zawdzięczali je, według Popielskiego, technice, sprowadzającej ochłodzenie jelit przez otwarcie jamy brzusznej i wogóle ciężkości zabiegu operacyjnego.

Jest rzeczą pewną, że z nadnerczy można otrzymać adrenalinę, dalej, że ucisk nadnerczy powoduje przedostawanie się adrenaliny do krwiobiegu a stąd i podniesienie ciśnienia krwi.

W końcu pracy zastanawia się autor w jakiej postaci znajduje się adrenalina w nadnerczach. Gdyby była w stanie gotowym, to jako ciało krystaliczne dostawałaby się do krwi łatwo, dlatego odpowiada rzeczywistości bardziej przypuszczenie drugie, że jest w postaci związanej, a przez działanie składników krwi, może CO<sub>2</sub>, uwalnia się jako ciało czynne.

U w a g i. Z przytoczonych badań Popielskiego wynika, że funkcya nadnerczy nie może polegać na produkcji adrenaliny. Dotychczasowe metody nie pozwalają na wykrycie adrenaliny we krwi. Jeżeli pomimo to przypuszczać jej obecność, to jedynie w ilości poniżej jej fizyologicznego działania. Wobec tego pogląd, że adrenalina jest normalnym bodźcem, podtrzymującym *tonus* naczyń krwionośnych, jako bezpodstawny, odpada. Do takiego samego wniosku przychodzi w ostatnich czasach Trendelenburg, który na podstawie doświadczeń swoją metodą (przepuszczanie krwi przez naczynia tylnych kończyn żaby) twierdzi, że adrenalina nie jest wydzieliną nadnercza — hormonem, ale jest produktem wymiany materji. W ostatnich czasach wysuwa się pogląd o zupełnie, jak dotąd odmiennej roli nadnerczy w ustroju. Jeżeli dokładnie analizować zjawiska, występujące po wycięciu nadnerczy, to trzeba przypuścić, że przyczyną śmierci po wycięciu nadnerczy jest uszkodzenie układu krwionośnego, głównie serca. Rzeczywiście, krew zwierząt z wyciętymi nadnerczami, wprowadzona do krwiobie-

gu innego zwierzęcia, zatrzymuje serce w rozkurczu, który zostaje zniesiony za pomocą atropiny. Stąd wynika, że ciałem, zatrzymującym zwierzę z wyciętymi nadnerczami, jest ciało aminowe o muskarynowym charakterze działania. Należałoby więc wnosić, że nadnercze ma udział w syntezie, polegającej na wiązaniu i zespoleniu ciał aminowych w złożonej drobinie białkowej.

Ze sprawą wydzielania wewnętrznego wiąże się podnoszona i w literaturze polskiej sprawa witamin. Witaminy są to ciała hypotetyczne o własnościach chemicznych, nie pozwalających na ich wyodrębnienie. Ciała te znajduje Funk w wielu produktach spożywczych i uważa za niezbędne do życia.

Wnioski swoje oparł Funk głównie na badaniach nad „Beri-Beri”. Zasadniczą wadą badań Funka jest brak oznaczenia ilości azotu, jaką zwierzę przyjmuje, albo raczej, jakiej nie przyjmuje przy spożywaniu „polerowanego ryżu”. Ten brak azotu nie da się zastąpić przez podawanie go w postaci niektórych zasad, jak kofeina i inne zasady purynowe. Ilość azotu dla ptaków jest niewielka i nie przekracza centygramów. Najprawdopodobniej brakujący azot istnieje nie w postaci jednego, określonego ciała, ale kilku, co wreszcie mówi i Funk, że ciało przez niego izolowane składa się właściwie z trzech ciał. Myśl Funka, iż jego witaminy są podobne do wydzielin wewnętrznych, odgrywając rolę jakby zewnętrznych hormonów, jest niesłuszna. Natomiast można się zgodzić z nim, kiedy mówi, że witaminy są ciałami, z których ustroj przygotowuje ważne dla siebie składniki. W powłoczce nasiennej ryżu znajdują się złożone ciała azotowe, z których przez trawienie mogą wyswobadzać się silnie działające pochodne przy wprowadzeniu do krwi, a które w przewodzie pokarmowym, w jego ścianach służą do odbudowy białka. Ciałami temi są najprawdopodobniej aminy.

Popielski, jak to obecnie można sądzić, wysuwa pogląd o harmonijnej syntezie rozmaitych narządów, pomiędzy innymi także i gruczołów o „wewnętrznym wydzielaniu”. Tym ostatnim należy przypisać rolę pomocniczą; główną rolę w syntetycznych procesach ustroju należy przypisać ścianie jelit.

W. Koskowski.

(Prof. Dr L. Popielski, Direktor des Institut f. exper. Pharmak. Un. Lemberg's. Adrenalin u. Nebennieren. Bonn. 1916. (Separat Abdruck aus dem Archiv für die ges. Physiologie. Bd. 195).

## Posiedzenia kliniczne w szpitalu Wolskim.

### D. 18 listopada 1916 roku.

Bukowska — przedstawia przypadek przerostu grasicy u 5-letniego chłopca, któremu towarzyszyły w ciągu paru lat stałe napady duszności, podobne do zależnych od zwężenia krtani.

Manduk — przedstawia 19-letnią chorą z

tętnem bliźniaczem. Uderzeń 72 na minutę; wymiary serca prawidłowe, tony bez szmerów. Uderzenia serca i tętna stale sprzężone po dwa; co druga fala tętna jest słabsza od poprzedzającej ją prawidłowej; po przyspieszonym drugim uderzeniu serca występuje dłuższa pauza kompensacyjna. O-

kresy czasu pomiędzy pierwszymi uderzeniami bliźniaczemi są jednostajne i miarowe.

Stopniowo bliźniacze tętno ustąpiło, natomiast pozostały nadal bliźniacze uderzenia serca. Podczas wysłuchiwania zamiast czterech tonów, stwierdza się tylko trzy tony, co się tłumaczy niedostatecznością przedwczesnego skurczu komory lub podniesienia zastonek aorty. Referent podkreśla długotrwałość objawu, stale obserwowanego przeszło sześć tygodni, i niezależność tegoż od zmian pożywy ciała i podawanych leków.

Monsiorski — omawia w dalszym ciągu trudności rozpoznania różniczkowego ciąży jajowodowej i zapalenia wyrostka robaczkowego.

Uliński — „Spostrzeżenia z przychodni chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu Wojskim w okresie czasu od 1 stycznia do 1 listopada 1916 roku“. Zgłosiło się mężczyzn 589, kobiet i dzieci płci żeńskiej 816, razem więc było chorych 1405 głównie z chorobami skórnymi, wenerycznych był niewielki odsetek. Z pośród chorób skórnych największa liczba przypada na świerzbę; mianowicie u kobiet 264 czyli 32,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, u mężczyzn 148, czyli 25,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. W stosunku do ogólnej liczby chorych liczba świerzbowatych 412, stanowi 29,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Większa liczba chorych na świerzbę płci żeńskiej da się wytłumaczyć częstszem obcowaniem z dziećmi, przez co kobiety łatwiej zarażają się, niż mężczyźni.

Stosunek świerzbowatych do ogółu chorób skórnych wynosił przed wojną 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, widzimy więc, że <sup>0</sup>/<sub>0</sub> u kobiet zwiększył się czterokrotnie, u mężczyzn 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> raza.

Bornsztajn — przedstawia preparat nowotworu rdzenia u chorej, która cierpiała na retentio urinae i bóle w kończynach dolnych; na 5 dni przed śmiercią wystąpiło porażenie kończyn dolnych. Badania wykazały paraliż wiotki nóg, brak odruchów kolanowych, ze ścięgni Achillesa i brzusznych, brak czucia termicznego. Czucie było zachowane na wysokości dwóch palców powyżej spojenia łonowego. Umiejscowienie nowotworu stwierdzono na sekcji na wysokości 4 — 5 kręgu lędźwiowego.

Demonstrowany preparat przedstawiał wrzecionowate zgrubienia rdzenia z grzybowatym rozrostem tkanek na powierzchni opon rdzeniowych.

#### D. 13 grudnia 1916 roku.

Ruppert przytacza formę choroby, zbliżo-

nej do typu gorączki powrotnej t. zw. „Fünftageieber“ (z literatury wojennej niemieckiej) <sup>1)</sup>.

#### D. 10 stycznia 1917 roku.

Monsiorski — przedstawia chorą po pośrodkowym zeszyciu pochwy (colporrhaphia medianą). Aby osiągnąć pomyślny wynik tej operacji należy niezbędnie: a) wykonać bardzo szerokie płaty pochwowe i b) połączyć tę operację z wysokiem zeszyciem krocza, które Fedorowicz radzi skutecznie zapomocą wycinania w dole i górze rany małych płacików pochwowych, które zeszywa się oddzielnie.

Borsuk — przedstawia chorego po operacji nacięcia płuca (pneumotomia) z pomyślnym wynikiem; przez dłuższy czas była komunikacja z oskrzelem w formie przetoki pooperacyjnej.

Zbrowski — omawia przypadek zapalenia przynerkowego (paranephritis) z zawartością w ropie paciorkowców i pneumokoków; innych ognisk ropnych nigdzie nie wykryto.

Aleksandrowiczowa — przedstawia chorą z objawem dysystolii z olbrzymiem powiększeniem wątroby: rozpoznano raka żołądka i wątroby.

Manduk — omawia przebieg kliniczny braku soku żołądkowego (achylia gastrica) u chorego lat 16. W zawartości żołądka brak kwasu solnego i fermentów.

Bukowska — przedstawia 2 letnie dziecko z białaczką rzekomą (anaemia splenica). Obok wybitnego ogólnego upośledzenia rozwoju (waga 6250 gr.) jest znacznie powiększona śledziona, sięgająca do kości łonowej. Środkii dymetyczne i lecznicze przez pierwszy 3 miesięczny okres obserwacji lekarskiej pozostawały bez skutku. Po zastosowaniu terapii specyficzniej ręciowej wybitne polepszenie stanu ogólnego. Dziecku w okresie niespełna 2 miesięcy przybyło na wadze około 2 kłgr.

Ruppert — przedstawia chorą dotkniętą porażeniem mięśni gałek ocznych, niedowładem prawych kończyn, prawej połowy twarzy. Badanie szczegółowe wykazało porażenie zupełne nerwu okoruchowego lewego i częściową paręzę prawego, a nadto zwolnienie ruchów serca (bradycardia). Ruppert przypuszcza, że sprawa powstała na tle rozmiękczenia ogniskowego w moście Varoia.

J. Bukowska.

## Wiadomości bieżące.

— Na przewodniczącego sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warsz. Tow. Lekarskiego wybrany został kol. L. Bregman, na zastępcę przewodniczącego kol. Stan. Kopczyński, na sekretarza kol. Wacław Janowski.

— Jedno z pism codziennych pomieściło niedawno skargę na lekarza, że za wyjęcie dziecka pestki z nosa w szpitalu dziecięcym zażądał od matki tegoż dziecka 6 rubli. W odpowiedzi na tę skargę wspomniany lekarz przesłał do redakcji tegoż pisma list z wyjaśnieniem, że powyższej kwoty zażądał, ponieważ szpital dziecięcy znajduje się w kłopotach finansowych, wskutek czego on musi

„nabywać instrumenty i dopłacać felczerowi za jego pracę z drobnych opłat za operacje u chorych z prowincyi“.

Prawdą jest, że szpitale warszawskie od lat wielu stoją finansowo źle, i że lekarze szpitalni oddawna musieli na potrzeby oddziałów swoich dokładać z własnej kieszeni. W tych warunkach miłem okiem było widziane, jeżeli chorzy nieco zamożniejsi (niekoniecznie tylko prowincjonalni)

<sup>1)</sup> Wydrukowano w bieżącym numerze Gazety.

wyrażali chęć złożenia pewnej ofiary ponad obowiązkową opłatę szpitalną.

Nie mogło to jednak mieć pozorów, że ta ofiara wpływa do kieszeni lekarza. Toteż przed kilkunastu laty, na wniosek niektórych ordynatorów szpitalnych, zaprowadzono na oddziałach pułki opieczętowane, które później, po ujawnieniu wykradania z nich pieniędzy przez chorych, zastąpiono formalnymi kwitaryuszami. Obecnie dobrowolny ofiarodawca może na ręce lekarza lub bezpośrednio w kancelarii złożyć pieniądze na konto danego oddziału, na co kwit formalny otrzymuje. Z zebranego tą drogą funduszu ordynator za pokwitowaniem swoim i lekarza naczelnego czerpie na potrzeby oddziału. Dziwi nas, dlaczego dotąd nie zaprowadzono takiego porządku w szpitalu dziecięcym. Wówczas nie mogłoby powstać posądzenie, że lekarz zażądał dla siebie opłaty za operację, dokonaną w szpitalu. Pozatem musimy zaznaczyć, że tego rodzaju ofiary nie mogą być

brane pod przymusem zarówno od chorych miejscowych, jak i prowincjonalnych.

Z powyższą sprawą pośrednio wiąże się inna, parokrotnie już przez nas poruszana (Gaz. Lek. r. 1915 str. 34 i 351). Idzie nam o t. zw. płatne pokoiki w szpitalach dla chorych średnio zamożnych i o związaną z nimi sprawę pobierania oddzielnych opłat od tychże chorych przez lekarzy szpitalnych. Raz trzeba przecież zdecydować, jak się mamy na te honoraria zapatrywać. W byłym Wydziale Szpitalnictwa i Dobroczynności Publicznej sprawę tę poruszono i wybrano dla jej opracowania specjalną Komisję, która jednakże nie zdążyła tego załatwić. Może obecny zarząd szpitali zajmie się tem ponownie i ostatecznie ustali, na jakich warunkach mogą być tworzone t. zw. płatne pokoiki, a następnie, czy ordynatorowie szpitalni mogą pobierać opłaty od chorych pokojowych i podług jakiej normy.

## NEKROLOGIA.

# BRONISŁAW ZNATOWICZ.

Życie pełne trudów, pracy wytrwałej a w plon obfitej, życie najszlachetniejszego umiłowania ojczyzny i wiedzy, idącej na pożytek kraju, życie znoju ustawicznego i mozolu bezinteresownego, zmierzającego ku dobru społecznemu zakończyło się d. 11 marca r. b. Dorobek naukowy i kulturalny, jaki pozostał po ś. p. Bronisławie Znatowiczu, nie da się wyrazić w kilku zdaniach banalnych, w ogólnikach mało mówiących ani we frazesach błyskotliwych; nie da się też ująć przez wskazanie wyraźnych zdobyczy naukowych. Był bowiem nieboszczyk tym oraczem niestrudzonym, który na chwilę nie przestaje rzucać ziarna w ziemię urodzajną, był siewcą myśli pięknych, czynów pożytecznych, był krzewicielem wiedzy czystej, którą niósł wśród brać młodszą, podnosząc ją zarazem ku wysokim swoim ideałom.

Urodził się Znatowicz na uczonego w najlepszym, najwznioślejszym znaczeniu tego wyrazu. Nie było Mu, niestety, danem urzeczywistnić w pełni swych marzeń i swego istotnego posłannictwa. W czasie bowiem, gdy na arenę naukową wstępował, polak zdała był trzymany od najwyższych placówek naukowych w Warszawie. Musiał się przeto zadowolnić skromnym posterunkiem asystenta przy katedrze chemii w uniwersytecie warszawskim. Jakkolwiek wszakże na tem stanowisku nie mógł być w bezpośrednim zetknięciu z uczącą się młodzieżą, garnęli się doń jednak wszyscy, którzy później istotnie przy nauce wytrwali. To też, można rzecz śmiało, że wszyscy, którzy od roku 1874-go przeszli przez wydział przyrodniczy i którzy dochowali wierności nauce przyrody, byli pośrednio uczniami Znatowicza. Bo poza pracownią uniwersytecką gromadził Znatowicz dokoła siebie przyrodników najprzód w redakcji „Zdrowia“ (od roku 1878 wydawanego wspólnie z Konradem

Dobrskim) a później przez lat trzydzieści (od r. 1881-go) w redakcji „Wszechświata“.

Jako redaktor i pisarz w obudwu tych pismach rozwijał Zn. działalność olbrzymią. Baczny, by tylko prawda naukowa szła pomiędzy czytelników, nie gonił za sensacją, za nowinkami naukowymi, lecz popularyzuje wiedzę przyrodniczą w sposób jedynie godziwy i wysoce szlachetny. Nie zniża nauki do poziomu mało przygotowanego czytelnika, lecz przeciwnie podnosi czytelnika do wysokich progów świątyni wiedzy. Sam w pracach swoich jest ścisły, treściwy, obiektywny, krytyczny. Nie zna kompromisów i daleki jest od wszelkich względów ubocznych, obcych nauce prawdziwej. Z niesłychaną pedanterią przestrzega czystości najwyższego klejnotu narodowego, jego języka. Prace Znatowicza są nie tylko wartościowe przez swą treść, lecz są nadto wzorem polszczyzny naukowej. W tym kierunku wychowuje kilka pokoleń pisarzy przyrodniczych.

Przez lat czterdzieści z górami wszelkie zamierzenia, mające u nas jakikolwiek związek z naukami przyrodniczymi i technicznymi, mają w Nim niestrudzonego działacza, często inicjatora, zawsze oddanego całą duszą współpracownika. Jest współzałożycielem Kasy im. Mianowskiego, redaktorem pomnikowego wydawnictwa „Pamiętnika Fizyograficznego“, powołuje do życia „Chemika Polskiego“ i wydaje sześć jego roczników. Przewodniczy przez szereg lat Sekcji Chemicznej przy Towarzystwie Popierania Przemysłu i Handlu, do końca życia stoi na czele Sekcji Odczytowej przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa. Wszędzie na tych stanowiskach jest prawdziwie duszą instytucji, choć w skromności swej często chowa się w cieniu, innych na plan pierwszy wysuwając.

Poza wieloma zadaniami technicznymi,

które jako doskonały chemik doraźnie rozwiązuje, przez długi szereg lat stoi na czele inspekcji miejskiej oświetlenia gazowego, wprowadza wiele ulepszeń i nowości w oświetleniu naszej stolicy i zawsze broni gorąco interesów miasta.

W dorobku swym czysto naukowym ma ś. p. Znatowicz tytuły bardzo chlubne.

Jeszcze jako student tłumaczy wraz z J. J. Boguskim Chemię związków węgla K. Schorlemmera (1874). Pisze rozprawę „O sposobach ogólnych syntezy węglowodorów“. W kilka lat później (1878) ogłasza wraz z prof. Wredenem „O redukcji węglowodorów aromatycznych“. W roku 1900 w Rocznikach Akademii Umiejętności w Krakowie помещa swe badania o działaniu kwasu azotowego na węglowodory w stanie pary. Wydaje własny Podręcznik Chemii mineralnej (dwa wydania), tłumaczy „Zasady

Chemii teoretycznej“ Lotaryusza Meyera i „Zadania i wyniki badań stereochemicznych“ Wiktora Meyera.

Zasługą bodaj największą na polu nauki polskiej jest przyczynienie się Znatowicza do ujednostajnienia słownictwa chemicznego polskiego, nad czem pracuje wspólnie z Ant. Grabowskim.

Praca życiowa Znatowicza, który schodzi do grobu, mając lat 66, na długie czasy pozostawi w społeczeństwie ślady głęboko wryte. Jako obywatel kraju, jako uczony, jako nauczyciel pozostawia po sobie nieboszczyk wspomnienie wdzięczne, niezapomniane. Jako człowiek prawy, nieskazitelny, wpatrzony jedynie tylko w dobro kraju i nauki ojczystej, wzniósł sobie pomnik, który przetrwa przez długi szereg pokoleń.

M. Flaum.

## IGNACY DĄBROWSKI.

Kłęski i ofiary, przez które naród polski rwie się ku lepszej przyszłości, nie oszczędzają zaiste naszego stanu lekarskiego. Z przerażeniem i żalem patrzymy na coraz większe szczyrby w naszych szeregach, a jednocześnie z dumą wspominamy tych dzielnych rycerzy obowiązku, którzy z całą świadomością niebezpieczeństw trwają i giną bez szemrania na zagrożonych placówkach. Na długiej, okrutnej ich liście zapisujemy dziś ze szczerym bólem nazwisko zasłużonego kolegi Ignacego Dąbrowskiego, który w pełni lat męskich zmarł w Łomży na tyfus plamisty dnia 8 bieżącego miesiąca.

Ś. p. Ignacy Dąbrowski urodził się w roku 1862 w Warszawie, gdzie też ukończył nauki średnie i uniwersyteckie. Potem przez lat kilka pracował, jako asystent, na oddziale chirurgicznym szpitala Dz. Jezus pod kierunkiem nieodżałowanego Władysława Krajewskiego. Aresztowany w r. 1891 za przekonania polityczne, więziony był przez 1½ roku w cytadeli, a następnie wydalony administracyjnie z granic Królestwa na lat parę, które spędził w Rydze.

Cichy i skromny pracownik po powrocie do kraju nie usiłował już nawiązać zerwanej raz nicy praktyki wielkomięskiej, lecz wkrótce przyjął ofia-

rowane Mu miejsce lekarza szpitalnego i fabrycznego w Zakł. Ostrowieckich, gdzie przebył do r. 1907, t. j. do czasu zmniejszenia liczby lekarzy fabrycznych z powodu ograniczenia produkcji i usunięcia znacznej liczby robotników. Wówczas przeniósł się Dąbrowski na taką samą posadę do fabryki Scheiblerów w Łodzi, gdzie pozostawał przez 2 lata. W roku 1909 został starszym lekarzem szpitala miejskiego w Łomży. Na wszystkich tych stanowiskach pracował bardzo sumiennie i gorliwie, głównie w zakresie chirurgii praktycznej. Wyniósłszy ze znakomitej szkoły Krajewskiego gruntowną znajomość tego działu medycyny, był ś. p. Dąbrowski jednym z nielicznych, a tak pożytecznych pionierów naszej chirurgii prowincjonalnej, podnosił jej poziom i krzewił do niej zaufanie wśród pacjentów i sąsiednich kolegów. Pochłonięty działalnością zawodową i społeczną, pisał niewiele. Największą, źródłową swoją pracę: „W sprawie podwiązywania żyły szyjowej“ ogłosił w II tomie Przeglądu Chirurgicznego.

Tracimy w Nim dobrego lekarza, prawego obywatela, zacnego i powszechnie lubianego kolegę. Cześć Jego pamięci.

J. Sk.

### TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Helena Schusterówna. Trzy przypadki kily płuc u ludzi dorosłych . . . . .	141	czy i adrenalina. Cz. II. Krew normalna, <i>m. splachnici</i> i adrenalina . . . . .	147
Henryk Ruppert. Przypadek choroby, zbliżonej do typu gorączki powrotnej, lub tak zw. Febris quintana . . . . .	145	Posiedzenia kliniczne w szpitalu Wolskim d. 18 listopada, 13 grudnia 1916 r. i 10 stycznia 1917 roku . . . . .	149
<i>Dział sprawozdawczy.</i> 6. L. Popielski (Lwów). Adrenalina i nadnercza. Cz. I. Ucisk nadner-		<i>Wiadomości bieżące.</i> . . . . .	150
		Nekrologia. Bronisław Znatowicz . . . . .	151
		Ignacy Dąbrowski . . . . .	152

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlanski.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10½, do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25 na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

## Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,  
ponownie przez autorów opracowane.

**Cena Rb. 5 kop. 50, z przesyłką Rb. 6.**

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio  
w Administracji, cena niższa na **Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec,

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów rb. 8.50; z przesyłką 9.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

# SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku  
do przygotowania kąpeli balsamicznych  
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“  
Marszałkowska 23.

# SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).  
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu  
Warszawskie Tow. Akcyjne  
„MOTOR“.

## APTEKA K. WENDY

Główny skład surowic i szczepionek.

Institutu d-ra Palmirskiego w Warszawie  
" Pasteura w Paryżu  
" Bakterio terapeutycznego w Dreźnie  
" Medycyny doświadcz. w Petersburgu  
i innych.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

# Hemogen Magistra Klawe

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy  
w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się,  
nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby;  
zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych  
poleca LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra KLAWE,  
10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,  
zawierający  
żelazo i mangan.



Próbki  
i literaturę  
na żądanie  
P.P. Le-  
kaczy.

# INIEKCJE STRYCHNINOWE

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampułek.  
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glicerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.  
i wiele innych.

POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.

Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.