

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ: I. Od Redakcyi. Str. 1529.—I Jan Danysz. O radioaktywności i ciałach radioaktywnych. Str. 1531.—II: Robert Bernhardt. Białaczka skóry. (C. d.). Str. 1537.—*Dział sprawozdawczy.* 240. Marfan A. B. O rozpoznawaniu płynu w osierdziu i przekłuciu osierdzia przez nadbrzusze. Str. 1550.—241. Löwenheim. Digifolina, nowy preparat narstnicy. Str. 1552.—242. Leo. Nowe poglądy na stosowanie lecznicze kamfory. Str. 1553, 245. R. Lépine. Rola nerki w cukromoczu; nowa teoria cukromoczu florydzynewego. Str. 1553.—244. L. Borchardt i W. Bennigson. Badania nad zawartością cukru we krwi w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek. Str. 1555.—*Przegląd bibliograficzny.* Henryk Nussbaum. Pisma z dziedziny nauk lekarskich. Ocenii W. Starkiewicz. Str. 1555.—*Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia chirurgów dnia 12-go czerwca i 9-go października 1913 r. Str. 1558.—*Wiadomości bieżące.* Str. 1560.

Dnia 15-go grudnia 1913 roku.

25-lecie pracy obchodzi w dniu dzisiejszym czasopismo lekarskie polskie, którego droga bodaj najcięższa, wysiłek życiowy bodaj największy—poznańskie Nowiny Lekarskie, organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

W chwili Ich święta przystoi nam wszystkim być myślą i sercem przy Nich, wraz z Nimi obejrzyć się na długą już drogę przebytą i bratniem słowem dodać otuchy do drogi dalszej.

Skromnie, bez zapowiedzi szumnych ukazał się w 1889 roku pierwszy zeszyt Nowin. Zapelnili go prace znanych już wtedy autorów ze wszystkich dzielnic Polski—J. Karlińskiego, W. Matlakowskiego, A. Obalińskiego i W. Jaworskiego, A. Sokołowskiego, H. Święckiego, B. Wicherkiewicza, A. Alkiewicza.

W pięknem prostotą formy i głębokością myśli słowie wstępnem pióra Zielewicz Nowiny, jako hasło swoje, podjęły twarde nakazy życiowe ofiarnego lekarza-patryoty Karola Marcinkowskiego, zaczerpnięte z Jego „testamentowych zwierzeń“.

„Pytanie będzie ludzi bardzo po mojej śmierci niepokoić: Dlaczego ten człowiek, jak zapamiętały, pracował do upadłego, uparty, niezważający na żadne udzielone mu rady. To tylko ten odgadnie i zro-

zumie, kto kiedykolwiek w swej duszy żywo uczuł, co to jest pełnić powinność“. I dalej: „Tego żądla, tej niespokojności, którą Pan Bóg wlał w duszę moją... inaczej poskromić nie mogłem, jak ciągle zajmując się pracą“.

To było „dziedzictwo ducha“ komitetu redakcyjnego Nowin Lekarskich—Chłapowskiego, Koehlera, Świderskiego, Święcickiego, Wicherkiewicza, Zielewicza, Szumana, kiedy przystępowali do zmundnego dzieła.

Dziedzictwa tego po „niedościgłym pierwowzorze lekarza“ Nowiny Lekarskie nie wyrzekły się i nie rozproszyły w dalszych swych dziejach.

Nieliczni, pozbawieni pracowni i stanowisk szpitalnych, a przeto właściwego oparcia do pracy naukowej, lekarze wielkopolscy pod wodzą kolejno B. Wicherkiewicza, H. Święcickiego, F. Chłapowskiego i St. Łazarewicza, zdolali mimo wszystko utrzymać pismo swoje na należytych poziomie, a wkrótce, przez związek ścisły z ogniskami nauki polskiej w Galicyi i Królestwie, stworzyli zeń jedno więcej ogniwo, łączące, choć w sferze ducha, przedzielone kraje Polski.

Pierwsze roczniki Nowin imponują bogactwem prac i spostrzeżeń oryginalnych, doborem ocen i streszczeń i pięknym ich układem. Z biegiem czasu, w miarę pogarszania się ogólnych warunków bytu narodowego w Poznańskim, a z drugiej strony w miarę rozwoju i różniczkowania prasy lekarskiej polskiej w innych zaborach, dział prac oryginalnych stopniowo ubożał. Tem energiczniej, tem staranniej rozwinęły wtenczas Nowiny bogaty dział swoich streszczeń z myślą przewodnią, przedewszystkiem, skupienia na swoich łamach, choć w tej postaci, całkowitego dorobku bieżącego nauki polskiej.

Twardą, rzetelną pracą zdobyły dla się Nowiny Lekarskie charakter placówki narodowej, której wszechstronne poparcie winno być dzisiaj drogim obowiązkiem wszystkich lekarzy polaków.

Czasy są ciężkie—stwierdzał krótko na czele swego słowa wstępnego Zielewicz w pierwszym zeszycie Nowin, i z słów tych czerpał wskazania do tem usilniejszej pracy. I dziś, jak wtedy, powtórzyć musimy—czasy są ciężkie... Niech bratni, serdeczny uścisk, jaki dziś zamieniamy z Wami, wesprze nas wzajemnie w dążeniu do czasów lepszych—lepszych dla narodu naszego i nauki naszej.

I.

O radyoaktywności i ciałach radyoaktywnych.

PODAŁ

Jan Danysz.

Nauka o radyoaktywności, pomimo że jest najmłodszą ze wszystkich nauk fizyko-chemicznych, gdyż liczy zaledwie 17 lat swego istnienia, zajęła jednak w wiedzy powszechnej naszych czasów miejsce najprzedniejsze zarówno doniosłością, jak i bogactwem rezultatów, w niej osiągniętych.

Pierwszem zarzewiem nowej nauki było odkrycie przez francuskiego fizyka Henryka Becquerel'a w 1896 roku nieznanego dotąd promieniowania soli uranowych. Dalsze badania nad owym promieniowaniem doprowadziły w dwa lata później pp. Curie do odkrycia dwu nowych pierwiastków: polonu i radu. Nowo odkryte pierwiastki, nazwane radyoaktywnymi, posiadają te same właściwości promieniowania co i uran, tylko nierównie potężniejsze. Toteż, dając możność dokładnego badania zjawisk radyoaktywnych, stały się one źródłem niezwykle szybkich postępów nowej nauki, i dziś nauka ta, jakkolwiek młoda, nie jest bezładnem nagromadzeniem niepowiązanych faktów doświadczalnych, lecz obejmując wielką mnogość nowych zupełnie zjawisk, wiąże je harmonijnie w ściśle określony dział nauk fizyko-chemicznych.

W 1896 roku Becquerel, badając sole uranowe, znajduje, że wysyłają one promienie o bardzo szczególnych własnościach: promienie te działają na płyty fotograficzne poprzez czarny papier, nadają powietrzu lekkie przewodnictwo elektryczne, wreszcie przenikają materię. Pierwszem przypuszczeniem było, że promienie te są związane z fosforyzowaniem, okazało się jednak wkrótce, że tak nie jest: sole uranowe, usunięte z pod działania światła na parę lat nawet, dawały niezmiennie to samo zjawisko, gdy, jak wiadomo, ciała fosforyzujące gasną już po krótkim pobycie w ciemności. Żywo zainteresowana nowem zjawiskiem p. Curie rozpoczęła badania w celu stwierdzenia, czy wysyłanie owych promieni jest wyłącznie własnością uranu, czy też należy i do innych ciał.

Rezultatem tych badań było przedewszystkiem stwierdzenie, że własność tę posiadają jeszcze i związki toru; co ważniejsze, że promieniowanie, obserwowane dla danego związku, jest o tyle silniejsze, o ile więcej zawiera on toru lub uranu. Na tej zasadzie p. Curie wyraziła przypuszczenie, że to promieniowanie jest własnością atomową. Hipoteza ta, która dziś jeszcze stanowi podstawę całej radyoaktywności, już na początku swego powstania wykazała całą swą doniosłość, prowadząc do odkrycia polonu i radu.

Badając rudy uranowe, p. Curie zauważyła, że niektóre z nich są bez porównania bardziej radyoaktywne, niż czysty uran w tej samej ilości; wysnuła stąd wniosek, że rudy te powinny zawierać nowy pierwiastek, radyoaktyw-

niejszy od uranu. Wspólnie z Piotrem Curie rozpoczęła wtedy mozolną pracę wyszukania owego hipotetycznego pierwiastku. Praca nastroczała wiele bardzo trudności: z powodu nadzwyczaj małych ilości radu w rudach radioaktywnych (kilka miligr. radu w 1 tonnie rudy) zastosowanie jedynie metod, zwykle używanych w chemii, nie mogło doprowadzić do pożądanego wyniku, i owocność swoich poszukiwań młodzi uczeni zawdzięczali stworzeniu nowej metody badań, opartej na jonizacji. W tej metodzie za miarę ilości pierwiastku promieniotwórczego, zawartego w badanej substancji, uważa się jonizację, nadaną powietrzu przez tę substancję. Podzieliwszy więc rudę przy pomocy zwykłej analizy chemicznej na jej części składowe, stwierdzono stosując nową metodę, że promieniotwórczymi są bizmut i bar. Nowy pierwiastek, towarzyszący barowi, został nazwany radem, a pierwiastek oddzielony z bizmutem, którego radioaktywność była kilka tysięcy razy silniejsza od radu, otrzymał nazwę polonu.

Oddzielenie radu od baru odbywa się przez systematyczne przeprowadzenie całego szeregu krystalizacji i rozpuszczeń chlorków lub bromków tych pierwiastków; rad i bar krystalizują razem, z powodu jednak mniejszej rozpuszczalności soli radowych przy każdej kolejnej krystalizacji otrzymuje się kryształy, zawierające większą odsetkę radu, aniżeli roztwór, z którego kryształy zostają wydzielone. W ten sposób p. Curie zdołała otrzymać chemicznie czystą sól radu i oznaczyła ciężar atomowy tego pierwiastku, wynoszący 226,5.

Przed dwoma laty przy współpracownictwie p. Debierne'a został wyizolowany przez p. Curie czysty rad metalowy: jest to ciało podobne do pokrewnego mu baru, o szaropółyskliwej barwie, w powietrzu utlenia się z wielką łatwością, tracąc przytem swój połysk metalowy.

Widmo radu, oznaczone dokładnie jeszcze przed otrzymaniem czystej soli radu, jest bardzo zbliżone do widma baru i wogóle ziem alkalicznych, składa się z niewielkiej liczby linii wyraźnych i bardzo charakterystycznych.

Wszystkimi własnościami chemicznymi należy rad do tej samej grupy, co bar i wapń, w układzie peryodycznym pierwiastków mieści się w trzeciej kolumnie w ostatnim rzędzie.

Polon jest dużo mniej znany: nie otrzymano go dotąd w stanie chemicznie czystym. Przed dwoma laty p. Curie wraz z p. Debierne'm przygotowałszy ogromną, jak na ten pierwiastek, ilość (jedną dziesiątą miligramu) zdołali oznaczyć kilka linii jego widma. Największa trudność, która zachodzi przy podobnych pracach nad polonem jest względnie szybkie jego zanikanie, gdyż zmniejsza się on o połowę co 140 dni; w tym właśnie fakcie leży przyczyna, dla której w tak małych ilościach może być otrzymany.

Wkrótce po odkryciu radu Piotr Curie zauważył, że z nowego pierwiastku stale wydziela się ciepło; obecnie wiadomo, że ciepło to pochodzi z zatrzymania promieni, przez rad wysyłanych, w pierwszych warstwach materii, które go otaczają. Niemniej nasuwa się pytanie, skąd powstaje energia,

którą rad w ten sposób stale ze siebie wydziela. Dla wytłómaczenia tej zagadki zostały wyrażone przez pp. Curie dwie hipotezy.

Przedewszystkiem można przypuścić, że rad i wogóle pierwiastki radioaktywne są to transformatory, które zamieniają na własne promienie energię, przyjętą z zewnątrz w nieznaney nam jeszcze postaci, że np. mogą absorbować nieznanne nam promieniowanie, pochodzące ze słońca lub wszechświata.

Przypuszczenie to jednak musiało być odrzucone, gdyż okazało się, że promieniowanie radu nie zmniejsza się podczas nocy (kiedy promienie, pochodzące ze słońca byłyby w znacznym stopniu absorbowane przez ziemię), albo gdy rad umieszczono na dnie głędogiej kopalni. Wszystkie inne poszukiwania zewnętrznej przyczyny promieniowania radu zawiodły również, gdy stwierdzono, że żadnym znanym nam czynnikiem fizycznym nie można oddziałać na promieniowanie: Piotr Curie próbował ogrzewać rad do najwyższych temperatur, ochładzał go do temperatury skroplonego powietrza; Rutherford wywierał na rad najsilniejsze znane ciśnienie. W żadnym wypadku nie dostrzeżono ważniejszej zmiany w promieniowaniu.

Druga hipoteza okazała się trafniejszą i dotychczas jest ogólnie przyjętą jako podstawa nauki o promieniotwórczości. Wyraża ona, że źródłem energii, wydzielonej przez pierwiastki promieniotwórcze, są przemiany odbywające się wewnątrz samego atomu radioaktywnego. Przypuszczenie to znalazło poważne stwierdzenie w odkryciu Ramsay'a i Soddy, odkryciu o niezmiernej doniosłości w historii nauki. Uczeń ci stwierdzili, że rad stale wydziela ze siebie hel, jeden z gazów spotykanych w atmosferze. Należy tu podkreślić znaczenie tego odkrycia — jako pierwszego faktu, w którym z całą pewnością została dowiedziona przemiana pierwiastku chemicznego.

Hipoteza ta wreszcie jest podstawą teorii kolejnej przemiany pierwiastków promieniotwórczych, tłómacząc w prosty sposób zasadnicze zjawiska emanacy i radioaktywności indukowanej; jest ona wogóle jakby jądrem całej nauki o radioaktywności.

Pp. Curie zauważyli, że powietrze, przebywające w sąsiedztwie radu, staje się również radioaktywne, a następnie własność tę przekazuje wszelkim ciałom, z którymi się styka. Powietrze takie, usunięte z sąsiedztwa radu, traci w ciągu miesiąca nabytą promieniotwórczość, a ciała stałe, które w takim promieniotwórczym powietrzu przebywały, usunięte z pod jego działania, przestają być radioaktywnymi już po kilku godzinach; Rutherford i Soddy wyrazili wówczas przypuszczenie, że rad jest pierwiastkiem stale zanikającym, promieniuje przytem i zamienia się na inny pierwiastek, który będąc gazem, z radu się wydziela, dzięki czemu został nazwany emanacją radu. Sama emanacja jest radioaktywna, zanika dużo prędzej, aniżeli rad — gdyż o połowę się zmniejsza w 4 dni — i wytwarza nowy pierwiastek, zwany rad A. Rad A jest ciałem stałym; w postaci drobnego pyłku osiada na płaszczyznach, rad otaczających, nadając im przez to własności radioaktywne, gdyż sam promieniuje, zamieniając się na rad B. Potem — po kolei następują rady C, D, E, F.

Rad F. jest ostatnim pierwiastkiem radyaktywnym, przez który przechodzi rozpadający się atom radu. Rad F jest to inaczej—polon.

Z pracy, wykonanej przed 2-a laty przez p. Curie i Debieerne'a, wypada jako prawie pewne zupełnie, że polon, zanikając, zamienia się na ołów. Ołów byłby więc kresem, na którym kończy się ewolucja radyoaktywna rodziny radu.

Sam rad, jak z tego wypada, zanika powoli w stosunku do naszego życia: o połowę co 2000 lat; jest to jednak bardzo szybko, jeżeli za jednostkę czasu przyjmijemy długość epoki geologicznej. — Należy więc wytłómaczyć, dlaczego dotychczas wszystkie rad z ziemi nie zniknął. Otóż z wielu doświadczeń wypływa, że rad pochodzi z jonium, a jonium jest potomkiem uranu. Rodzina radu przedstawia się więc nam jako historia przemiany uranu na ołów, w ciągu której materya kolejno przybiera postaci 13-u różnych pierwiastków.

Obok rodziny radu znamy również rodzinę aktynu, która prawdopodobnie jest bocznym odgałęzieniem rodziny radu, pochodząc również z uranu—rodzinę toru, która, zdaje się, jest niezależną od rodziny uranu. W tych 5 rodzinach znamy już około 40 pierwiastków promieniotwórczych, różniących się promieniowaniem i szybkością zanikania.

Zastanówmy się bliżej nad zjawiskiem emanacji. Jeżeli zamkniemy do szklanej rurki pewną ilość radu, to po usunięciu wydzielonej z niego emanacji, otrzymujemy rurkę, nie posiadającą prawie wcale własności radyoaktywnych; promienie wysyłane przez sam rad, są bardzo mało przenikliwe i szkło rurki zatrzymuje je zupełnie. Potrochu jednak w rurce wytwarza się emanacja, a z niej rady A, B, C itd., a te pierwiastki mają promieniowanie bardzo przenikliwe, z łatwością przechodząc nawet przez grube warstwy ołowiu. Z czasem więc rurka staje się znowu radyoaktywną. Otóż, jak każde ciało radyoaktywne emanacja zanika w ilości tem większej, im więcej jej jest; przychodzi więc chwila (po miesiącu), kiedy zwiększająca się dotąd ilość emanacji zanika z tą samą szybkością, z jaką jest przez rad wytwarzana. Od tej chwili ilość obecnej w rurce emanacji nie zmienia się, a z nią i ilość radów A, B, C, których rozwój jest dużo szybszy, aniżeli rozwój emanacji. Od tej chwili własności radyoaktywne rurki są stałe. Wynika też stąd, że we wszystkich wypadkach, w których idzie nie o sam rad, lecz o jego promienie, można go łatwo zastąpić emanacją, której promieniowanie jest też niemal identyczne z promieniowaniem radu, od miesiąca w szczelnem naczyniu zamkniętego.

Promienie ciał radioaktywnych dzielą się na 3 kategorie: promienie α (alfa)—cząsteczki elektrododatnie, promienie β (beta), czyli cząsteczki elektroujemne, wreszcie promienie γ (gamma), nie stanowiące żadnych cząstek, a które zbliżają się najbardziej do promieni Röntgen'a.

Pierwsze dwie kategorie promieni są to rzeczywiście pociski, wyrzuca-
ne z atomów radioaktywnych z olbrzymimi prędkościami, dochodzącymi do
kilkudziesięciu tysięcy kilometrów na sekundę dla promieni α , a do szybkości
światła (300,000 kil. na sekundę) dla promieni β .

W doświadczeniach niezmiernej doniosłości Rutherford dowiódł, że pro-
mienie α są atomami helu, następnie stwierdził dokładnie, że jeden gram
radu wraz z emanacją i radami A, B, C wydziela rocznie około 160 mili-
metrów sz. helu. We wszystkich rudach radioaktywnych odkryto hel: są to
promienie α , wysyłane przez pierwiastki promieniotwórcze i uwięzione w ru-
dzie na zawsze, jeżeli ta ostatnia jest dostatecznie twarda i zwarta. Po-
wstałe w ten sposób atomy helu pozostają w skałach radioaktywnych jako
wieczni świadkowie minionych chwil i obecnie służą fizykom do oznaczenia
czasu utrwalenia się skały.

Z wielu prac, zapoczątkowanych jeszcze przez H. Becquerel'a i pp
Curie, wiemy obecnie, że pociski, stanowiące promienie β , to elektrony, t. j.
cząstki, z których składa się elektryczność ujemna; wysyłane są one przez
ciała promieniotwórcze wiązkami o różnych szybkościach. Wynika stąd cie-
kawy wniosek, że ten sam pierwiastek promieniotwórczy składają atomy nie-
zupełnie identyczne ze sobą: między ich energiami wewnętrznymi zachodzą
małe różnice, uwidocznione choćby tym faktem, że wysyłają ze siebie elek-
trony w postaci promieni β , z szybkościami różniącymi się pomiędzy sobą
o 50%. Atomy ołowiu, które pochodzą z całkowitego rozwoju atomów ro-
dziny radu, muszą więc także różnić się trochę pomiędzy sobą.

Zanikanie danego pierwiastku radioaktywnego, oddzielonego od pier-
wiastku, z którego pochodzi, odbywa się podług prawa eksponencyalnego,
to znaczy, że w każdej chwili z pozostałych atomów owego pierwiastku ---
przez każdą sekundę ten sam procent atomów podlega zmianie. Z wielu
doświadczeń wypada, że ta przemiana bywa dokonana po prawdziwym gwał-
townym wybuchu, w ciągu którego atom dzieli się na dwie lub trzy części:
dwie najmniejsze—to wspomniane już pociski α i β , reszta to nowy atom,
lżejszy od poprzedniego, który odskakuje od miejsca wybuchu w kierunku
przeciwnym, aniżeli wysyłane promienie. Ten odskok stanowi promieniowa-
nie, posiadające te same własności, co promienie α i β , tylko mniej wyraźne
i wymagające delikatniejszych metod badań. Pani Curie nazwała je promie-
niami A. Z prawa eksponencyalnego wypada, że co pewien czas ilość da-
nego pierwiastku zmniejsza się o połowę; ten przeciąg czasu stanowi jedną
z ważniejszych stałych danego pierwiastku promieniotwórczego; nazywa się

stałą promieniotwórczą danego pierwiastku; dla każdego pierwiastku stała ta jest inna, a wartości jej są bardzo różne, gdyż od jednej miliardowej sekundy dla toru C_2 dochodzi do kilku miliardów lat dla uranu. Prawo eksponencyalne ma duże znaczenie dla całokształtu nauk fizykochemicznych, gdyż to jest jedyne prawo, które nie zależy od żadnego ze znanych nam czynników fizycznych. Intensywność promieniowania ciała radioaktywnego jest ściśle związana z szybkością, z jaką dane ciało zanika—otóż, jak już wspomnieliśmy, wszelkie wysiłki w celu oddziaływania na promieniowanie radu zostały bezowocne.

Dzieje się tu więc ten nadzwyczajny fakt, że z danych w pewnej chwili atomów jakiegoś pierwiastku radioelektrycznego niektóre w tejże chwili wybuchają, kiedy inne bardzo długo jeszcze mogą pozostać w obecnym stanie. Między tymi atomami musi więc zachodzić różnica, a przecież jest ona dla wszystkich naszych środków niedostrzegalna, gdyż atomy pozostałe niczem nie wydają się nam różnymi od tych, które się przemieniły—jedynie chwilą tej przemiany.

Promieniowanie ciał radioaktywnych wykazało nam, jako cząsteczki składowe atomów, z jednej strony atomy helu, z drugiej strony elektrony; J. J. Thomson przedstawia atomy jako złożone ze środkowego jądra dodatnioelektrycznego, na około którego toczą się pierścienie, złożone z elektronów. Atom byłby więc bardzo skomplikowanym układem cząsteczek naelektryzowanych.

Ażeby wytłómaczyć prawo eksponencyalne i jego niezmienność w czasie, p. Debiernie przypuszcza, że układ wewnętrzny tego tak skomplikowanego atomu bardzo szybko się zmienia: pomiędzy wielką liczbą możliwych dla każdego atomu stanów, niektóre są nietrwałe i wybuch następuje, kiedy dany atom na taki właśnie stan natrafi. Prawdopodobieństwo wybuchu, mierząc się więc dla każdego atomu stosunkiem liczby tych atomów niestających do liczby wszystkich możliwych stanów, zachowuje się niezmiennie w czasie. Z drugiej strony prawdopodobieństwo wybuchu, przy dużej liczbie atomów, jest w prostym stosunku do liczby tychże atomów, co właśnie wyraża prawo eksponencyalne. Jeżeli wszystkie próby wykazania wpływu czynników zewnętrznych zostaną nadal bezowocne, trzeba będzie rozwinąć teorię zjawisk radioaktywnych w kierunku przypuszczenia pana Debiernie'a.

Jeżeli zaś znajdziemy sposób wpływania, choć jak najmniej, na szybkość rozpadania się jakiego pierwiastku radioaktywnego, to będzie to stanowiło rezultat ogromnej doniosłości nie tylko naukowej, ale też i praktycznej, gdyż wtedy będziemy mogli myśleć i o przemianie innych pierwiastków chemicznych, dotychczas za stałe i niezmiennie uważanych.

Dragées MENTHOLI

(Mentholi 0,02 Natri borici 0,10)

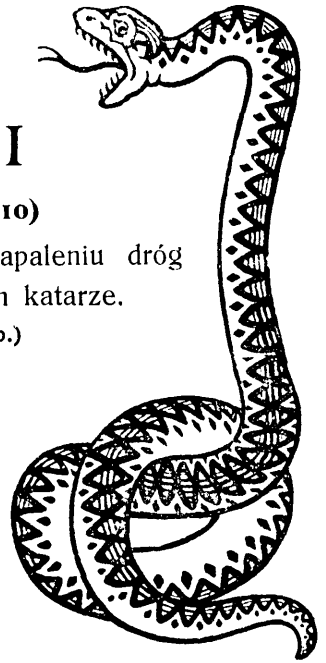
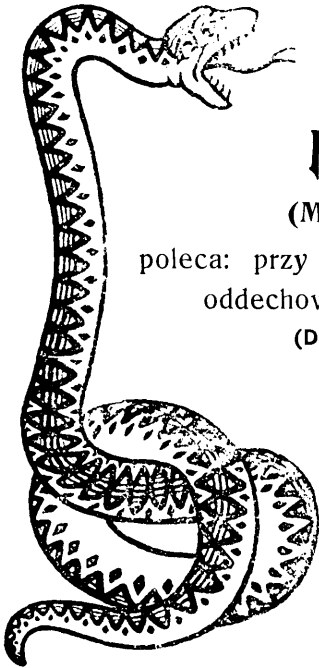
poleca: przy zaflegmieniu kataralnym, zapaleniu dróg oddechowych, chronicznym krtaniowym katarze.

(Dla palaczy tytoniu, śpiewaków i t. p.)

Pudełko 75 kop.

poleca

APTEKA
E. GESSNERA
w Warszawie
JEROZOLIMSKA 25.



Sanatorium Wehrwald

pod **Todtmoos** w Szwarzwaldzie bażeńskim
połud., 861 m. nad morzem.

Stacya Wehr (linia kolejowa Bazylea - Schopfheim.-
-Säckingen).

Najwyżej położone
uzdrowisko niemieckie dla **Chorych piersiowych**
Położenie słoneczne, osłonięte od wiatrów, otoczone wspa-
niałymi lasami jodłowymi. **Najlepsze warunki higienicz-
ne. Otwarte cały rok. 100 łóżek. Najwyższy komfort. Po-
koje chorych tylko od południa. Elektryczność. Winda.
Ogrzewanie centralne Gabinet rentgenowski. Wziewalnia.
Szczególnie odpowiedni dla chorych piersiowych.**

Dyrektor-administrator **K. Metzger.**



Główny
lekarz
Dr LIPS.

Z przyrządem kontrolującymi

Materyały Opatrunkowe Sterylizowane

D-ra BORZYMOWSKIEGO:

Wata. Gaza hygroskopijna, jodoformowa, wioformowa i kseroformowa. **Tampony** gineko-
logiczne na nitkach, nosowe, uszne i oczne. **Ligatury** № 3, 4, 5. **Katgut jodowy** 0,
1, 2, 3 i **Nić Florencka** w zatapiających rurkach. **Opatrunki**
chirurgiczne, ginekologiczne i oczne. **Bandaż** 5, 8, 10, 12 ctm.
6 m.

Wyprawkę położowe. **Tampony** jodoformowe W. Dührsena
Fizyologiczny roztwór soli. **Płyn D-ra Borzymowskiego**
do znieczulenia miejscowego, sterylizowany przed i po
zatopieniu w ampulce.

WIELOKROTNIIE WYPRÓBOWANYIII

Płyn do znieczulenia:
Novocaini 2,3
Suprarenini gtt. tres.
Heroini 0,01
Coffeini natr. benz. 0,2
Sol. sal. physiolog. 50,0

Składy główne: SPIESS Senatorska 24 i Widok 9. Telef. 106-85. Zarząd.

W aptekach i składach aptecznych.

W aptekach i składach aptecznych.

WINO VIALA

RACYONALNE WINO TONICZNE.

CHINA, SOK MIĘSNY I MLEKOFOSFORAN WAPNIA.

Wino Viala łączy w sobie czynne zasady fosforanu wapnia, chiny i surowego mięsa.

Wino Viala w dozie kieliszka przed każdym jedzeniem dopełnia niedostateczne odżywianie chorych i rekonwalescentów.

Vial Frères, Lyon.

Próby przez W. HOFFMANA, Warszawa, Hortensya 5.



**ASTHMIN-
„MOTOR”**

*w formie papierosów albo tytoniu
używa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”**
Ządać w aptekach i składach aptecznych.



**Nerwomigren-
„Motor”**

*Wybitny środek leczniczy przy bólach
głowy, nerwobólach, migrenie, neuralgii &c.*

wyrobia **WARSZAWSKIE TOW. AKC. „MOTOR”**
Do nabycia we wszystkich
aptekach i składach aptecznych.

PIPERAZYNA MUSUJĄCA

Zawiera w załączonej do
każdego słoika miarce
0,20 czystej Piperazyny.

MAGISTRA KLAWE.



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Do nabycia we wszystkich aptekach.

BIŁACZKA SKÓRY.

PODAŁ

Dr Robert Bernhardt,

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr, 49).

Spostrzeżenie V. St. S., l. 40, wyrobnik wiejski, zapisał się do szpitala 17. I. 1910.

Dziedzicznie nie obciążony, dotychczas był zawsze zdrow. Na powiększenie gruczołów pachwinowych zwrócił uwagę przed rokiem z górą, a już wtedy były one duże. Początku cierpienia skóry nie pamięta. Pierwsze wykwity zauważył na brzuchu, później zjawily się one w okolicy łędźwiowej, następnie na górnych kończynach a wreszcie na dolnych.

Obecny stan trwa 5—6 miesięcy. Swędzenie wystąpiło wraz z pierwszymi zmianami skóry.

Mężczyzna wysokiego wzrostu, wspaniale zbudowany, z dobrze rozwiniętą warstwą tłuszczową.

Zmiany skóry mieszczą się na górnych kończynach, następnie na tułowie mniej więcej od wysokości pępka ku dołowi aż do kolan. Pierwotny wykwit przedstawia się pod postacią okrągłego lub owalnego placka barwy ciemno-czerwonej do sinoczerwonej, ostro odgranliczonego lub stopniowo przechodzącego w otoczenie i nieco wzniesionego ponad powierzchnię sąsiedniej zdrowej skóry. Wielkość pojedynczych wykwitów waha się od 2-kopiejkowej monety do rubla srebrnego. Skóra w obrębie placków jest miejscami dość silnie nacieczona. Powierzchnia niektórych wykwitów jest zupełnie równa, innych zaś—przeciwnie, jak gdyby naciek był złożony z pojedynczych ognisk lub guzeczków. Mniejsze placki są zupełnie gładkie, dopiero przy skrobaniu paznokciem ujawnia się tutaj skąpe łuszczenie. Większe natomiast są niekiedy pokryte obfitą, suchą, szarobiaławą łuską, miejscami nawet dosyć grubo nawarstwową. Łuska słabo trzyma się skóry i łatwo się usuwa paznokciem. Przy zeszkrobaniu punkcikowate krwawienie nie występuje wcale.

W wielu miejscach placki połączyły się na znacznej przestrzeni, nadając skórze wygląd zupełnie jednolity. Tutaj skóra jest zgrubiała, ciemnoczerwona i pokryte dosyć obfitą, prawie obrębowatą łuską. Na obwodzie tych przestrzeni można jeszcze wyraźnie widzieć zarysy pojedynczych wykwitów i spostrzegać się daje ich stopniowe zlewanie w punktach zetknięcia. Sam brzeg tych olbrzymich placów częstokroć festonowaty jest ostro odcięty, ciemnoczerwony i wyraźnie wzniesiony tak, jak to zazwyczaj bywa przy wszelkich postępujących sprawach chorobowych skóry. Na zewnątrz od tych przestrzeni, w obrębie skóry zdrowej mieszczą się wyżej opisane pojedyncze wykwity.

Takie rozlane zmiany skóry znajdujemy na brzuchu poniżej linii pępka, powyżej zaś widać liczne wykwity pojedyncze, niekiedy już łączące się ze sobą. Takież rozlane zmiany—olbrzymie place—mieszczą się też w okolicach pachwinowych, krzyżowej i na pośladkach. W okolicy łędźwiowej i powyżej aż do linii kątów łopatek znajdujemy wykwity pojedyncze. W takiż sposób zmieniona jest skóra obu górnych kończyn na powierzchni zginaczy, na całej przestrzeni od końców palców aż powyżej zgięcia łokciowego. Na powierzchni wyprostnej przedramion widać tylko

kilka pojedynczych drobnych placków. Grzbiety rąk, łokcie i ramiona są wolne. Na dolnych kończynach pojedyncze wykwity mieszczą się tylko na tylnej powierzchni obu ud, a także w jamkach podkolanowych, na powierzchniach zaś wyprostnych ud, na kolanach i goleniach skóra posiada zupełnie normalny wygląd.

W obrębie barwikowej obwódki skóra sutki jest umiarkowanie nacieczona, twardawa, niebolesna. Swędzenie jest niezmiernie silne, trwa w dzień i w nocy, częstokroć powoduje bezsenność. Włosy są wszędzie dobrze zachowane.

Paznokcie palców rąk są umiarkowanie zgrubiałe, mętnawe, pokryte licznymi dołeczkami punkcikowatymi. Leukonychia.

Błony śluzowe bez zmian.

Wszystkie gruczoły chłonne są znacznie powiększone: podżuchowe i szyjowe więcej niż umiarkowanie, pachowe znacznie, łokciowe zaś sięgają wielkości orzecha włoskiego. Pachwinowe i udowe tworzą pakiety wielkości $1\frac{1}{2}$ pięści. Gruczoły są niezbyt twarde, niebolesne, ze skórą niezrośnięte, nie zlewają się ze sobą.

W narządach wewnętrznych stwierdzono stan następujący:

Płuca bez zmian. Granice serca prawidłowe, tony czyste, tętno 52—56, równe, pełne. Śledziona nieco powiększona: górna granica na VIII żebrze, dolny macalny brzeg nieco wystaje z pod łuku żebrowego. Wątroba niepowiększona. Cięplota ciała normalna. W moczu nie wykryto białka ani cukru. Pirquet dodatni.

Badanie krwi 20. I. 1910 r.

Hb. 90⁰/₀, czerwonych ciałek 4750000, białych 20000, stosunek 1:237.

Formuła białych:

Neutrofilowych	47
Limfocytów małych 33	} 56,5
dużych 13,5	
Przejściowych	3,5
Eozynochłonnych	3

Rozpoznanie kliniczne: Pseudoleucaemia cutis sub aspecto erythrodermiae psoriatiformis.

Choć z doświadczenia wiedziałem, że w takich przypadkach środki redukujące zazwyczaj pogarszają sytuację, jednak tytułem próby zaaplikowałem maść Wilkinsona pół na pół z diachylową, kąpiele ciepłe, do wewnątrz zaś Inf. secal. cornut. 6,00:180,00 Natri bromat. 10,00 Elix. ac. Halleri 2,00—3 razy dzien. po 1 łyżce stołowej. Wynikiem było, jak przewidywano, znaczne pogorszenie. Pojedyncze wykwity powiększyły się i poczęły się zlewać. Przesunęły się także brzegi rozległych jednolitych placków.

Maści ichtyolowej, jak również kąpeli dziegciowych chory nie znoślił. Wobec tego 4. II. zastosowałem maść Wilsona, kąpiele oraz zastrzykiwania kakodylanu sodu. Rozpocząłem od 0,10 pro dosi i dodając po 0,05 stopniowo doszedłem do 0,25 na dawkę, poczem w taki sam sposób powróciłem do 0,10. Zastrzykiwałem 5 dni z rzędu, robiąc 3—4-dniowe przerwy. Ogółem zaaplikowano 66 zastrzyknięć=10,50 g. kakodylanu sodu.

Wynik był znakomity. Już 9. II. ujawniono pewną poprawę, a 18. II. w niektórych miejscach rozpoczęło się wyraźne wchłanianie, które wolno, lecz stale postępowało. Poprawa szła od góry ku dołowi. Wchłanianie rozpoczęło się na brzuchu i stopniowo posuwało się ku dolnym kończynom. Najdłużej trzymały się rozległe place na górnych kończynach. Pojedyncze wykwity wchłaniały się in toto, na rozległych zaś przestrzeniach poprawa szła odśrodkowo. Żywo-czerwony lub ciemnoczerwony kolor stopniowo ustępował miejsca mlecznoróżowemu, nacieczenie skóry zniknęło, wreszcie wytwarzała się pigmentacja brudnożółta lub brunatnawa. Szybko zmniejszały się gruczoły chłonne 29. IV. notowano: Na brzuchu, krzyżu i pośladkach wykwity uległy zupełnemu wessaniu z pozostawieniem pigmentacji, w innych zaś miejscach poprawa jest b. znaczna. Gruczoły chłonne zmniejszyły się więcej

niż o połowę. Ogólny stan dobry. Swędzenie jednak jest b. silne (antypiryna wewnętrznie). 20. V. Rozpoczęło się energiczne wchłanianie na górnych i dolnych kończynach. Gruczoły coraz mniejsze. 7. VI. Chory wypisał się ze szpitala. Zmiany skóry znikły niemal zupełnie, pozostawiając wyraźną pigmentację. Swędzenia nie ma. Gruczoły szyjowe i żuchowe niemacalne, łokciowe wielkości grochu, pachwinowo udowe wielkości $\frac{1}{4}$ pięści. Śledziona niemacalna.

O dalszych losach chorego nie mam żadnej wiadomości.

S p o s t r z e ż e n i e VI. Anna P., l. 41, żona woźnego, przybyła do szpitala 14 IX 1907 r.

Choroba rozpoczęła się przed 2 laty. Swędzenie było pierwszym objawem, na który chora zwróciła uwagę. Rozpoczęło się ono na dolnych kończynach i stopniowo rozprzestrzeniało na resztę ciała. Żadnych zmian na skórze: zaczerwienienia, guzków i t. p. wówczas nie było. Dopiero później, pod wpływem ciągłego drapania, tworzyły się w różnych miejscach bolesne „krosty“, które jednak szybko się goiły (liszajce, czyraki). Uczucie zimna również towarzyszyło chorobie niemal od początku. Z biegiem czasu chora poczęła tracić włosy zwłaszcza pod pachami i na spojeniu łonowym, a z wiosną 1907 r. owłosienie w tych miejscach znikło zupełnie. Przerzedzenie włosów na głowie zauważyła dopiero przed 3 — 4 miesiącami. Łysy placek na głowie powstał przed 3-ma tygodniami. Gruczoły początkowo nie były powiększone widocznie, przynajmniej chora nic o tem nie wiedziała. Dopiero w roku bieżącym lekarz, którego się radziła, zwrócił jej uwagę na powiększenie gruczołów szyjowych po stronie prawej. W innych miejscach gruczoły powiększyły się dopiero później. Przed tygodniem pogrubiała prawa kończyna górna przy jednoczesnem osłabieniu ruchów czynnych. Na bezsenność P. cierpi już od dłuższego czasu (około roku).

Leczyła się arsenikiem, lecz nie intensywnie. Przez grudzień zeszłego roku oraz styczeń bieżącego wybrała ogółem około 80 pigułek. Żadnych zaburzeń nie było. Na wiosnę roku bieżącego przez 3 — 4 tygodnie zażywała arsenik w kroplach (Sol. Fowleri).

Ciemne zabarwienie skóry wystąpiło jeszcze na wiele czasu przed stosowaniem arseniku.

W obecnej chwili znajdujemy co następuje.

Skóra całego ciała włącznie z twarzą jest zabarwiona na kolor jasnobrunatny lub ciemnobrunatny. Barwę ciemnobrunatną znajdujemy głównie na szyi i łocznych powierzchniach tułowia. W pozostałych miejscach ciała przeważa kolor jasnobrunatny. Skóra jest wybitnie sucha, aczkolwiek nie łuszczy się widocznie. Jest ona też nieco zgrubiała na powierzchniach wyprostnych goleni, ud i przedramion (drapanie?). Na skórze tułowia, a zwłaszcza kończyn dolnych, i tu na powierzchniach wyprostnych widać liczne płaskie grudki lub półkuliste guzeczki wielkości od ziarnka grochu do bobu, twarde, niebolesne, barwy różowej lub ciemnoczerwonej. Niektóre z nich są świeższej daty, inne zaś widocznie znajdują się już w okresie rozwoju wstecznego. Poza tem na dolnych kończynach znajdujemy jeszcze grudki większych rozmiarów, wielkości prawie monety 2 kopiejkowej. Twory te są płaskie, ale wyraźnie ponad otoczenie wzniesione, brudnoczerwone lub też barwy otaczającej skóry. Powierzchnia ich niekiedy bywa słaboziařnista, jakby brodawkowata. Niektóre posiadają kształt kółek powstałych wskutek wessania się środkowej części grudki. Tworów takich jest jednak niewiele.

Na przedniej powierzchni klatki piersiowej widać nieprawidłowo zarysowany pas skóry barwy ciemnoczerwonej, biegnący od lewego obojczyka poprzez mostek ku prawej pasze. Zaczerwienienie nie jest ostro odgraniczone, lecz stopniowo ginie w ciemnobrunatnej barwie skóry tułowia. W obrębie tego pasa skóra też nie jest wyraźnie nacieczona.

W różnych miejscach ciała widać jeszcze liczne okrągłe blizny drobne i wię-

ksze do 3 — 4 ctm. średnicy, daleko jaśniejsze niż otaczająca ciemno zabarwiona skóra.

Włosów zupełnie brak pod pachami i na spojeniu łonowym. Na głowie włos jest b. rzadki, suchy i łatwo wychodzi przy pociąganiu. Łuszczenia niema. Na potylicy po stronie prawej widać okrągły zupełnie łysy placek wielkości $\frac{3}{4}$ dłoni, zajmujący przestrzeń od linii środkowej do wyrostka sutkowego. W obrębie tego krążka skóra posiada wygląd prawidłowy. W miejscu symetrycznym po stronie lewej włosy są b. rzadkie, niekiedy jakby ułamane lub przyszczyżone przy samej skórze (jak w alopecia areata). I tutaj skóra nie jest zmieniona w kolorze. W okolicach skroniowych włosy są również b. rzadkie, skóra zaś zda się posiadać wygląd normalny. Paznokcie palców rąk i nóg są nieco zgrubiałe, mętnawe, pokryte licznymi punkcikowatymi jameczkami.

U rąk wolne brzegi paznokci są głęboko zeszlifowane gładkie, jakby spłowane od nieustannego nielitościwego drapania.

Swędzenie jest b. silne, trwa we dnie i w nocy. Chora bezustannie się drapie. Uczucie zimna.

Wszystkie gruczoły chłonne są wybitnie powiększone, a pojedyncze sięgają wielkości jaja kurzego. Tworzą one pakiety, lecz nie zlewają się ze sobą i nie są bolesne. Spoistość ich jest twardoelastyczna. Szyjowe prawe i lewe, także przyuszne prawe są b. znacznie powiększone, podżuchwowe zaś macalne. Pachowe prawe tworzą pakiet wielkości pięści, lewe są nieco mniejsze. Łokciowe macalne. Pachwinowe i udowe łączą się w pakiety wielkości około półtorej pięści.

Ze strony układu kostnego i mięśniowego nie stwierdzono zmian wybitniejszych. Jest tylko bolesność przy opukiwaniu mostka, zwłaszcza nad rękojeścią. Prawa kończyna górna jest nieco zgrubiała, głównie w przedramieniu. Największy obwód ramienia prawego 22,5 cm, lewego 22 cm, prawego przedramienia 25,5 cm, lewego 17,5 cm. Zgrubienie odbywa się jakby kosztem głębiej leżących tkanek, albowiem sama skóra w tem miejscu nie jest więcej zgrubiała niż po stronie lewej. Obrzęku ciastowatości, bólu niema. Siła mięśniowa jest nieco zmniejszona.

Pozatem należy jeszcze zanotować zmiany ze strony uszu. Skóra prawego ucha jest nieco zgrubiała, zwłaszcza w połowie górnej, barwa niezmieniona. Sama chrząstka uszna jest również nieco zgrubiała w łuku górnym. Zgrubienie dotyczy zwłaszcza górnej połowy obrąbka na powierzchni przedniej, a także przylegających części grobelki usznej. Mniej zmieniona jest powierzchnia tylna obrąbka. Sama chrząstka jest wogóle wyraźnie zgrubiała, dosyć twarda i z trudem się gnie, przy ucisku nieco bolesna. Zgrubienie chrząstki nie jest wyraźnie odgraniczone. Całość robi takie wrażenie, jak gdyby sprawa mieściła się w ochrzęstnej.

Lewa muszla uszna uległa zupełnie analogicznym zmianom, tylko w stopniu słabszym i na przestrzeni mniejszej. Tutaj zajęta jest tylko przednia powierzchnia obrąbka u samej góry.

Narządy wewnętrzne.

Płuca i serce bez widocznych zmian. Śledziona powiększona. Dolny brzeg wystaje z pod łuku żebrowego na 2 poprzeczne palce. Wątroba łatwo macalna. W moczu białka, cukru nie wykryto. Biegunka od 2 — 3 tygodni; 8 — 12 rzadkich wypróżnień na dobę. Bezsenność. Ciężota z r. 37.1^0 — 37.5^0 , w. 37.6^0 — 38.3^0 . Waga 138 funtów.

Badanie krwi (15 IX 1907 r.)

Hb. 62 $\frac{0}{0}$, ciałek czerwonych 3800000, białych 62000, stosunek 1:61.

Formuła białych.

Neutrofilowych	14,5
Limfocytów małych 68,5)	80
dużych 11,5)	
Przejęściowych	4,5
Eozynochłonnych	1

Rozpoznanie kliniczne: *Leucaemia lymphatica*. *Tumores leucæmiae*.

Chora pozostała w szpitalu tylko do 22. IX. 1907 r. Przez ten czas naświetlano promieniami Roentgen'a gruczoły chłonne szyjowe, pachwinowe i udowe.

9. XI. 1907 chora powróciła na oddział. Stan jej w ogólnych zarysach prawie się nie różnił od wyż. podanego. Zabarwienie skóry — jak dawniej, tylko miejscami jest ono być może nieco jaśniejsze. Guzkowatych tworów jest obecnie daleko więcej, swędzenie niepomierne, zwłaszcza w nocy tak, że chora sypia tylko po 2—3 godziny. Prawa górna kończyna jest nieco cieńsza. (1 — 1,5 cm różnicy w porównaniu z wyż. podanymi wymiarami). Uszy bez zmiany. Włosy zupełnie wyszły w okolicy potylicowej po stronie lewej oraz symetrycznie w okolicach skroniowych. Gruczoły chłonne, naświetlane promieniami Roentgen'a, zmniejszyły się w stopniu znacznym. Wątroba duża. Dolny jej brzeg znajduje się na trzy poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego. Powiększyła się również śledziona. Górna jej granica znajduje się na VIII żebrze, dolny brzeg — na 4 poprzeczne palce poniżej żeber. Mocz o cięż. wł. 1023 nie zawiera białka lub cukru. Kwasu moczowego 1,28 ‰.

Leczenie polegało głównie na zastrzykiwaniach kakodylanu sodu (0,10 pro die) i naświetlaniu gruczołów oraz śledziony promieniami Roentgen'a. Prócz tego stosowałem kąpiele i zewnętrzne środki przeciw swędzeniu. Bezsensowność zwalczało weronalem. Pod wpływem tych zabiegów swędzenie zaczęło się nieco zmniejszać i sen się poprawił. Jednak już 16/XI chora wypisała się ze szpitala na własne żądanie.

Umarła w pół roku potem.

Spostrzeżenie VII. 62-letni R. z morbus Potti, trwającym od dzieciństwa.

Zmiany na skórze powstały przed 3-a—4-a laty, placki zaś na plecach mniej więcej przed rokiem. Zmianom skóry od samego początku towarzyszyło swędzenie.

Sprawy patologiczne najwyraźniej występują na dolnych kończynach, a mianowicie symetrycznie na goleniach, na przestrzeni od kolan do stawu skokowego. Na przestrzeni tej skóra jest nieco zgrubiała, lekko nacieczona, barwy ciemnoczerwonej miejscami z odcieniem brunatnym (*hyperpigmentatio*). Powierzchnia skóry łuszczy się umiarkowanie. Na zewnętrznej powierzchni goleni stwierdzić można objawy t. zw. *lichenisatio*. Włosy niemal doszczętnie zniszczone. W dolnej $\frac{1}{4}$ części obu go'eni, bliżej kostek widać liczne przeważnie drobne rozrosty brodawkowe, poprzednio już szczegółowo opisane. Takież rozrosty pojedyncze lub kępami ułożone spoztyd też można na grzbietowych powierzchniach palców stóp i to w miejscach, gdzie skóra klinicznie wydaje się zdrową. Paznokcie zmienione. Są one łamliwe, posiadają liczne podłużne brzozy i jamki. *Leukonychia*.

Takież zmiany, tylko słabiej zaznaczone, zauważyć można na kończynach górnych (przedramiona i dolna połowa ramion). Na plecach, na linii środkowej widać placki wielkości dłoni, kształtu nieprawidłowego. Na prawo od linii środkowej kształt ten jest okrągławy, na lewo zaś zębaty. Są to 3 zęby: jeden ostry, dwa tępe. Placki jest ostro odgraniczony od otaczającej zdrowej skóry i nieco en plateau wzniesiony. Nacieczenie skóry jest dosyć znaczne, barwa ciemnoczerwona. Powierzchnia gładka. Łuszczenie występuje tylko przy drapaniu. Punktikowatego krwawienia nie stwierdziłem.

Zmiany skóry powodują silne swędzenie, występujące napadami. Jest ono najdotkliwsze na kończynach (zwłaszcza dolnych), ujawnia się jednak także stale w obrębie placka na plecach, a częstokroć przy napadach stąd bierze swój początek. Dawniej, gdy zmian na plecach jeszcze nie było, swędzenie — zdaniem chorego — nigdy nie występowało na tułowie.

Włosy wszystkie dobrze zachowane, tylko na goleniach i przedramionach b. rzadkie, częstokroć ułamane przy samej skórze. Paznokcie nieco zgrubiałe, mętne, pokryte jamkami. Nieznaczna *hyperkeratosis subungualis*.

Gruczoły chłonne szyjowe są znacznie powiększone. Pojedyncze dosięgają wielkości jaja gołębiego. Podzuchwowe macalne. Pachwinowe i udowe są umiarkowanie powiększone. Nie zlewają się nigdzie, niebolesne.

Śledziona i wątroba niepowiększone wyraźnie.

Mocz bez cukru i białka.

Krew.

Czerwonych ciałek	5010000	Stosunek: 1:312
Białych	16000	
Neutrofilowych	28,4	
Limfocytów	36,3	} 59,6
	23,3	
Przejęściowych	3,00	
Eozynochłonnych	7,70	
Mastzellen	1, 3	

Badanie drobnowidowe.

Przypadek I. (Aleksandra K.).

A. Skóra. Badałem kawałki skóry, pochodzące z różnych okolic powierzchni ciała, a wycięte za życia oraz po śmierci (plecy, brzuch, kończyny). Zmiany skóry wszędzie niemal były identyczne i dlatego nie opisuję tutaj każdego preparatu oddzielnie, lecz ograniczam się do podania obrazu syntetycznego.

Zmiany znaleziono w naskórku, a zwłaszcza w skórze właściwej.

Naskórek jest wogóle znacznie ścieniał, wyrostków międzybrodawkowych brak, wskutek czego dolna granica naskórka biegnie niemal linię poziomą. Warstwa rogowa umiarkowanie zgrubiała, miejscami zbita, miejscami z listków nawarstwionych złożona, wyraźnie się łuszczy. Zawiera nieco komórek rogowych z barwiącem się jądrem. Między listkami widać trochę leukocytów. Warstwa ziarnista jest również cienka i składa się z 1—2 szeregów komórek płaskich przeważnie z ziarnistością grubą. Warstwa kolczasta zawiera 4—6 szeregów komórek o zwykłym wyglądzie. Wielkość tych komórek jest jednak może nieco mniejsza niż normalnie, a kształt ich częstokroć bywa zbliżony do typu wrzecionowatego (komórki spłaszczone). Jądra białe z słabo uwydatnioną siecią chromatynową zawierają 1—3 mocno zabarwionych jąder. Mostki międzykomórkowe przeważnie dobrze zachowane, przestrzenie zaś międzykomórkowe wyraźnie rozszerzone (lekki obrzęk śródkolczasty—*oedema interspinale*). Warstwa komórek podstawowych posiada miejscami zupełnie normalny wygląd. Niekiedy jednak komórki tej warstwy zupełnie odbiegają od typu walcowatego i więcej się zbliżają do wyglądu komórek kolczastych. Są to komórki o kształcie kubicznym i o jądrze okrągłym słabo zabarwionym. Kolców jednakże nie posiadają, natomiast zawierać mogą sporo rudego barwika.

Pozatem w całym naskórku tu i owdzie widać pojedyncze komórki wędrujące (leukocyty).

Zmiany w skórze właściwej są niezmiernie charakterystyczne i w ogół-

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński” w Warszawie
Elektoralna № 35

poleca

KARPIŃSKIEGO

Kąpiele z kwasu węglowego

(CO₂)

Zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

Kąpiele te, stosowane z przepisu lekarza, działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli (bronchitis), rozedmie płuc, wadach serca i t. p., nie mniej

doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.
OPRÓCZ POWYŻSZYCH FABRYKA WYRABIA:

Karpińskiego
kąpiele

borowinowe z kwasem węglowym, zastępujące
franzensbadzkie, krynickie, żegiestowskie,
reinerckie i t. p.

jodowo-bromowe z kwasem węglowym.

bromowe z kwasem węglowym.

balsamiczno-sosnowe z kw. węglowym.

siarczane z kwasem węglowym, zastępujące
akwizgrańskie, buskie, soleckie, truskawieckie, pisch-
czańskie i t. p.

UWAGA. Sole Karpińskiego do kąpielei są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo
Broszury gratis i franco. rozpuszczalnych. Żądać wszędzie.

DIPLOSAL

(OH. C₆ H₄. COO. C₆ H₄ COOH)

Skuteczny i nieszkodliwy

Przetwór Salicylowy

zawierający 107% kwasu salicylowego, nie wywołuje osłabiających
potów i nawet po dłuższem użyciu dużych dawek nie powoduje za-
burzeń żołądkowych.

Dawka jednorazowa 0,5—1,0

Dawka dzienna 3,0—6,0

Tabletki diplosalowe po 0,5 w opakowaniu oryginalnem:

== rurki z 20 tabletkami, pudełka z 50 tabletkami. ==

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim (Niemcy)

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

GLYCÉROPHOSPHATE ^{en granule} ROBIN

jedyny przyswajalny fosforan
wzmacniający
system nerwowy

Neurastenia, przemęczenie
umysłowe, krzywica, słaby
kości, wzrost dzieci, ciąża i t p.

NUCLEATOL ROBIN

Nukleofosforan wapna i sodu
pochodzenia roślinnego.

Wyczerpanie, neurastenia,
zołzy, limfatyzm, charłactwo
bronchit przewlekły.

PEPTO-KOLA ROBIN

glicerofosfat, kola i pepton, pre-
parat wzmacniający, konser-
wujący siły.

Neurastenia, zmęczenie fizy-
czne i umysłowe, rekonwales-
cencya, cukrzyca, białkomocz.

PEPTONATE DE FER ROBIN

prawdziwa sól żelazista,
zupełnie przyswajalna.

Niedokrwistość, żółtaczka i
osłabienie od nich zależne. Po-
budza odżywianie i nigdy nie
wywołuje zaparcia.

IODONE ROBIN

peptonat jodu

zupełnie przyswajalny.

Arteryoskleroza, syfilis, gos-
ciec, dna, astma. Leczenie ra-
cyonalne rozedmy płucnej.

BROMONE ROBIN

fizyologiczne racjonalne połą-
czenie bromu z peptonem.

Środek swoisty w cierpie-
niach nerwowych i w bezsen-
ności nerwowej. Zastępuje sku-
tecznie sole bromu i nie wy-
wołuje zatrucia.

LABORATORYUM ROBINA,
13 rue de Poissy, PARYŻ.

Plakony próbne wysyła pp. Lekarzom przedstawiciel dla Cesarstwa i Królestwa

Władysław Hoffman, Warszawa, Hortensya 3.

nych zarysach dadzą się określić jako rozlane jednolite nacieczenie drobno-komórkowe, mieszczące się w górnych warstwach skóry i w kształcie szerokiej taśmy biegnące równolegle do naskórka. Naciek ten nie poczyna się tuż pod naskórkiem, lecz oddzielony jest od niego wązkim pasemkiem stosunkowo mało zmienionej skóry, które topograficznie odpowiadaćby mogło warstwie brodawkowej—w danym razie nie istniejącej (porównaj wyżej opis naskórka). W tej warstwie stwierdzić można niewielki obrzęk tkanki łącznej, umiarkowane rozszerzenie szczelin i naczyń chłonnych obok wzmożonej liczby pierwiastków komórkowych. Śród komórek spotykamy przeważnie łącznotkankowe, trochę tucznych (*Mastzellen*), pojedyncze limfocyty i nieco leukocytów.

Właściwy naciek, jak powiedziałem, posiada kształt taśmy, biegnącej równolegle do naskórka, 5—6 razy szerszej niż sam naskórek. Dolna granica tego nacieku dość ostro się oddziela od głębszych warstw skóry właściwej. Sam naciek już na pierwszy rzut oka jest ludzaco podobny do tkanki limfatycznej, a budowa jego jest następująca. Rusztowanie nacieku tworzy bardzo subtelna siateczka łącznotkankowa, wyraźnie występująca przy barwieniu skrawków np. metodą van Giesson'a. Mniejsze i większe oczka tej siatki są szczelnie wypełnione przez komórki nacieku stanowiące. Są to komórki okrągłe wielkości t. zw. małych limfocytów z okrągłym, mocno zabarwionym jądrem i wązką otoczką zarodki. Przez porównanie tych komórek z niewątpliwymi limfocytami (gruczoł chłonny) można się łatwo przekonać, że w danym razie mamy do czynienia z typowymi limfocytami. Z takich więc małych limfocytów składa się masa nacieku, co nadaje tej tkance patologicznej wygląd zupełnie jednolity i jednopostaciowy, lacno ją charakteryzując jako tkankę limfatyczną. Z innych gatunków komórek w nacieku tym tu i owdzie spotkać można oddzielną komórkę tuczną, a tylko niekiedy leukocyt eozynochłonny. Komórki łącznotkankowe trzymają się jedynie beleczek rusztowania oraz ścian i najbliższego sąsiedztwa naczyń krwionośnych.

Opisana tkanka patologiczna jest dosyć obficie unaczyniona. Przebiegają ją w różnych kierunkach naczynia krwionośne o wymiarze drobnym i średnim ze znacznie zgrubiałym śródbłonkiem. Światło naczyń nieraz rozszerzone i wypełnione limfocytami oraz czerwonymi krążkami krwi. Właściwe granice ścian naczyń krwionośnych giną i zacierają się przez bezpośrednie zlanie z otaczającym naciekiem.

W obrębie nacieku tkanka sprężysta miejscami uległa zupełnej niemal zagładzie, miejscami zaś jest ona po części zachowana, a jej włókna porozsuwane przez naciek. Również w pasie oddzielającym naciek od naskórka jest ona ilościowo zmniejszona. Sprężysta tkanka naczyń krwionośnych dobrze zachowana.

W głębszych warstwach skóry właściwej tkanka łączna nie ujawnia zmian wybitnych. Miejscami tylko pęczki łącznotkankowe wydają się bardziej zbitymi, jednolitymi. Tkanka sprężysta na ogół dobrze zachowana. Tu i owdzie widać mniejsze lub większe okrągławe ogniska komórek oraz smugi o budowie identycznej z opisaną przy rozlanym nacieku podnaskórkowym,

Ogniska te najudatniej określić można jako gniazda limfocytów. W wielu punktach stykają się one i zlewają z wyż. opisanym naciekiem rozlanym. Gniazda takie niekoniecznie trzymają się naczyń krwionośnych, choć chętnie umiejscawiają się dookoła nich lub w najbliższym sąsiedztwie. Najobfitsze nagromadzenie limfocytów stale spotykałem dookoła kłębków gruczołów potowych. Naczynia krwionośne głębszych warstw skóry również uległy zmianom, przynajmniej tam, gdzie z nimi związane są wyż. wspomniane ogniska limfocytów. Najmniej zmienione są żyły średniego i większego wymiaru. Tętnice—zwłaszcza drobniejsze oraz średniej wielkości posiadają wysoki obrzmiały śródbłonek, wyraźne zgrubienie warstwy mięsnej i obfitszą niż normalnie liczbę komórek w błonie zewnętrznej (*adventitia*). Są to przeważnie komórki łącznotkankowe. Liczba limfocytów jest stosunkowo niewielka. Najbardziej zmienione są jednak naczynia t. zw. przejściowe. Ściany ich są naogół znacznie zgrubiałe. Śródbłonek, złożony z wysokich komórek o dobrze zabarwionem jądrze i obfitej zarodki, zda się niekiedy układać w dwa rzędy. Dookoła tych naczyń o dobrze zachowanej błonie sprężystej widać wyraźne nacieczenie drobnokomórkowe, złożone niemal wyłącznie z limfocytów.

Narządy gruczołowe skóry widocznie ulegają stopniowej zagładzie. Gruczołów łojowych nigdzie nie widać. Torebki włosowe są jednak przeważnie dobrze zachowane, aczkolwiek pozbawione włosów. Tu i owdzie wśród rozlanego nacieku skóry spotkać można zanikające resztki torebki. Stopniowemu zanikowi widocznie podlegają też gruczoły potowe. Przewodów potowych stale nie spotykałem pomimo starannego szukania, liczba zaś kłębków jest być może nieco zmniejszona. Zachowane kłębki gruczołów potowych są prawie stale otoczone, jak to już wyżej zaznaczono, nader obfitem nacieczeniem limfocytarnem. Same kłębki są miejscami torbielowato rozszerzone, przeważnie jednak drobne, o zwyrodniałym, zluszczającym się nabłonku. Światło takich kłębków jest niekiedy niemal zupełnie wypełnione zluszczo-nemi komórkami nabłonkowymi i drobnoziarnistą masą rozpadową.

B. Twory brodawkowe. Badałem kilka egzemplarzy tych tworów mniejszych i większych. Te ostatnie, ściśle mówiąc, należą już do kategorii drobnych guzków. Mieściły się one na skórze zmienionej, luszczącej się, zaczerwienionej i nacieczonej. Wycinano te twory wraz z otaczającą chorą skórą. Budowa była wszędzie też sama.

Otóż skóra, otaczająca taki twór brodawkowy, jest zmieniona zupełnie tak, jak to dopiero co opisałem. Jeżeli zatem przeglądać skrawki od brzegów ku środkowi preparatu, to widać, jak zwykle, ścieniały naskórek i szeroki pas jednolitego nacieczenia, złożonego z limfocytów. W pewnym punkcie obraz się zmienia. Naskórek dosyć z nagłą grubieje we wszystkich swoich warstwach i ujawnia wybitne objawy t. zw. *acanthosis*. Warstwa łącznotkankowa pomiędzy naskórkiem a niżej położonym naciekiem jest tutaj wyraźnie szersza, sam zaś naciek został jakby przesunięty w głąb skóry, wskutek czego dolna prawie poziomo biegnąca granica nacieku tutaj uwypukla się ku dołowi.

Szczegóły tego obrazu drobnowidowego są następujące.

W obrębie „tworu brodawkowego“ naskórek wyrasta w cały szereg niższych i wyższych stożków, niekiedy widocznie rozgałęzionych wskutek wytwarzania bocznych pędów.

Warstwa rogowa jest znacznie zgrubiała i łuszczy się na powierzchni. Na warstwę ziarnistą składa się zazwyczaj 6 — 8 szeregów komórek, obtacie zaopatrzonych w keratohyalinę. Tak zw. sieć Malpighi'ego uległa b. znacznemu zgrubieniu. Tworzy ona liczne sople międzybrodawkowe, dosyć głęboko wrastające w skórę i posiadające kształty nie tylko właściwych sopli, lecz również długich, a cienkich kolumn oraz szerokich solidnych bloków. Komórki warstwy kolczastej posiadają słabo barwiące się jądra, niekiedy otoczone sierpowatymi wodniczkami. Mostki międzykomórkowe dobrze zachowane, gdy tymczasem także przestrzenie są stanowczo o wiele szersze niż normalnie (słaby obrzęk międzykomórkowy—interspinalny). Warstwa podstawowa składa się z 1—2 szeregów komórek o jądrach dobrze zabarwionych. Tutaj częstokroć wykryć można figury podziału karyokinetycznego. W całym naskórku widać niemało komórek wędrujących.

W obrębie „tworu brodawkowego“ istnieje warstwa brodawkowa, co naturalnie odpowiada zjawisku *acanthosis*. Brodawki są przeważnie wysokie i cienkie. Tkanka łączna brodawek i warstwy podbrodawkowej skóry znajduje się w stanie wybitnego obrzęku. Szczeliny i naczynia chłonne są znacznie rozszerzone. Naczynia krwionośne są również rozszerzone, miejscami krwią wypełnione. W ich świetle widać liczne leukocyty wielojądrowe (obok limfocytów). Liczba pierwiastków komórkowych tkanki łącznej jest o wiele większa niż normalnie. Widać tutaj komórki łącznotkankowe, limfocyty oraz leukocyty. Jednakże ani limfocyty, ani leukocyty nigdzie nie tworzą większych skupień.

Rozlany naciek komórkowy, dotychczas biegnący nieprzerwaną szeroką taśmą, w obrębie „tworu brodawkowego“ został przesunięty ku dołowi i rozbity na poszczególne ogniska. Są to duże okrągłe ogniska blisko siebie położone, lecz wyraźnie porozdzielane przegródkami łącznotkankowymi. Ogniska sięgają głęboko do granic tkanki podskórnej i w skupieniu jako całość, czynią wrażenie zrazikowatego guza. Składają się te ogniska niemal wyłącznie z limfocytów, a w środku niektórych widać resztki torebek włosowych niekiedy w towarzystwie komórek olbrzymich (t. zw. *Fremdkörperriesenzellen*).

Szczegóły te pouczają, iż wyż. opisane guzy brodawkowate powstają drogą skupienia, a po części też i połączenia się poszczególnych ognisk limfocytowych. Rozlane nacieczenia skóry (przyp. I) widocznie również powstają wskutek stopniowego zlewania się takich ognisk, o czym zresztą świadczyć będą też inne preparaty, o których jeszcze będę mówił.

C. Skóra głęboko wycięta z okolicy lewej brwi (*post mortem*). W okolicy obu brwi skóra była zgrubiała, twardawa, nieco wzniesiona jakby w kształcie płaskiego wału. Od otoczenia różniła się ciemniejszą czerwoną barwą.

W preparacie tym głównie interesują nas zmiany w skórze właściwej.

Pod ścieniałym, jak zwykle, naskórkiem widać szeroki pas jednolitego nacieczenia, złożonego z komórek limfatycznych. Poniżej, w głębszych warstwach skóry właściwej znajdujemy mnóstwo okrągłych ognisk komórkowych od drobnych do b. dużych. Miejscami ogniska łączą się ze sobą. Duże widocznie też powstały drogą zlania się kilku sąsiednich mniejszych. W wielu punktach ogniska te stykają i łączą się z pasem nacieczenia podnaskórkowym.

Budowa ognisk jest identyczna z wyż. skreślonym opisem. Osobliwością jest znaczna liczba naczyń chłonnych, dosyć często spotykanych w ogniskach. Naczynia te są widocznie rozszerzone, o nieco nabrzmiałym śródbłonku i miejscami wypełnione limfocytami. Podobnych naczyń poza ogniskami nie spotkałem tutaj w skórze właściwej. Naczynia krwionośne są zmienione tak, jak to już powyżej opisałem.

Mieszków włosowych jest naturalnie b. dużo, choć włosów nigdzie nie zawierają. Niektóre posiadają zwykły wygląd. W innych pochwłki włosowe są nieraz znacznie ścieniałe, zaś światło mieszków rozszerzone i wypełnione masą rogową, rozpadem oraz najwidoczniej tłuszczem (tłuszcz jednak niemal zupełnie znika przy wykonywaniu różnych procedur z preparatami i skrawkami). Torebki włosowe są otoczone obfitem nacieczeniem limfatycznym i miejscami ulegać mogą stopniowej zagładzie. Gruczołów łojowych nie widziałem.

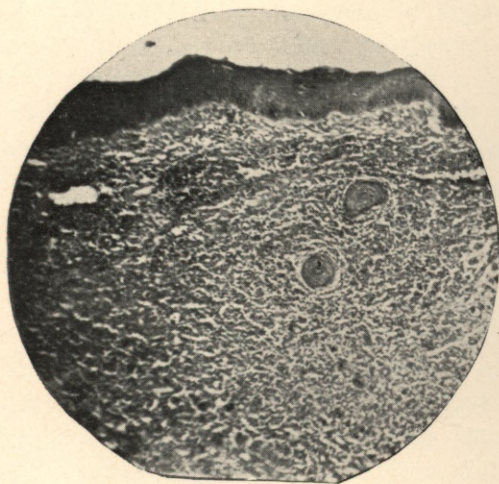
Zaznaczyć jeszcze trzeba, że w górnych warstwach skóry właściwej znajdujemy znaczną ilość barwika — rzadziej w komórkach (chromatoforach), częściej poza nimi w kształcie mniejszych i większych ziarn i bryłek.

W walcowatych komórkach naskórka również wykryć można znaczną ilość rudego barwika.

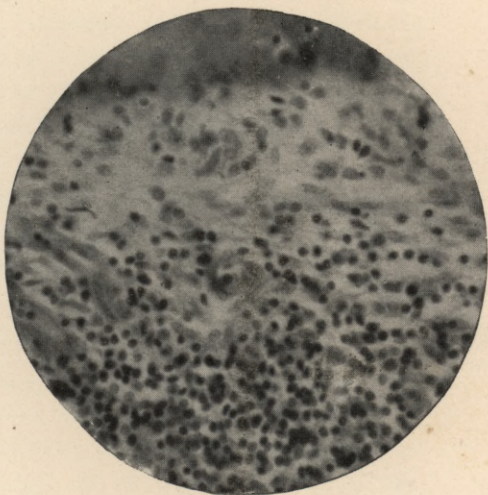
D. Z płatk a u c h a wycięto na sekcyi klin tkanki do badania drobnowidowego. Preparaty stąd pochodzące niemal nie różnią się w ogólnych zarysach od szkicu, skreślonego pod C.

W ą t r o b a. — Zrazikowata budowa dobrze zachowana. Zaródź komórek wątrobnych jest wyraźnie mętnawa, jądra zaś barwią się dobrze. Naczynia włoskowate krwionośne są rozszerzone, miejscami szczelnie wypełnione czerwonymi ciałkami krwi. Wszędzie widać nie mało ziarenek i grudek barwinkowych. Szczególną jednak uwagę zwraca obecność w wątrobie licznych drobnych guzeczaków, złożonych z okrągłych komórek. Guzeczki te są ostro odgraniczone od otaczającej tkanki wątrobej i posiadają kształt okrągły, rzadziej owalny. Mieszczą się dookoła gałązek żyły wrotnej. Guzeczki powstały wskutek obfitego nagromadzenia limfocytów o mocno zabarwionem okrągłym jądrze, otoczonem wąską obwódką zarodzi. Mamy zatem do czynienia z typowymi gruczolakami limfatycznymi wątroby (*lymphoma*), jakie zwykliśmy spotykać w tym narządzie w białaczce prawdziwej i wrzekomej. Dodać zaś jeszcze pragnę, iż limfocyty, z których składają się te gruczolaki, nie różnią się w niczem od opisanych w naciekach skóry.

Ś l e d z i o n a. — Powłoka i beleczki śledziony są nieco zgrubiałe. Miążzga ujawnia objawy rozrostu tkanki limfatycznej (*hyperplasia*). W niej tu



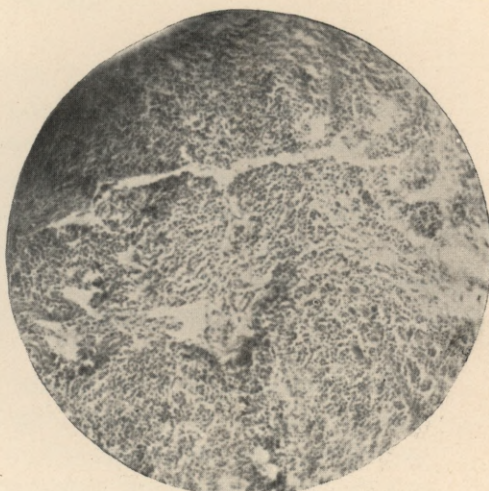
Rys. *1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.

i owdzie widać okrągłe guzeczki, niekiedy dosyć znacznych rozmiarów, odpowiadające grudkom limfatycznym (ciałkom Malpighiego, a złożone z gromady limfocytów. Guzeczki te są identyczne z opisanymi w wątrobie gruczolakami limfatycznymi (*lymphoma*).

Ilość barwika w śledzionie jest powiększona w stopniu b. znacznym.

Nerki. — Obok zwykłych objawów przewlekłego miąższowego zapalenia widać w nerkach obfite nacieczenie limfocytarne tkanki międzymiąższowej. Nacieczenie to częściej występuje w warstwie rdzennej niż korowej i posiada przeważnie charakter rozlany. Najgęstsze nacieczenie spotykałem u podstaw piramid i wzdłuż kanalików prostych. O wiele rzadziej nacieczenie występuje pod postacią b. drobnych okrągłych skupień, złożonych wyłącznie z limfocytów (gruczolak limfatyczny — *lymphoma*).

W tych miejscach, gdzie nacieczenie bywa b. obfite, naczynia krwionośne są zazwyczaj znacznie rozszerzone i napelnione czerwonymi ciałkami krwi.

G r u c z o l y c h ł o n n e. Badalem liczne gruczoly limfatyczne mniejsze i większe, a pochodzące z różnych miejsc ciała.

Zmiany były zawsze jednakowe. Gruczoly te utraciły swoją właściwą charakterystyczną budowę. Już na pierwszy rzut oka można ocenić, iż pierwiastki komórkowe uległy znacznemu rozmnożeniu. Przestrzenie limfatyczne są tak szczelnie wypełnione okrągłymi komórkami, iż nie sposób odróżnić zatok limfatycznych od pasem rdzennych. Wszędzie widać tylko jednolitą masę komórek, z których przeważająca większość należy do typu tak zw. małych limfocytów. Dużych limfocytów o słabo barwiącem się jądrze spotykałem stosunkowo mało, jeszcze zaś mniej komórek o kilku jądrach (2 — 5).

Naczynia krwionośne są rozszerzone i krwią wypełnione. Świeże wylewy krwi nie należą do rzadkich zjawisk. Tu i owdzie znaleźć można dosyć liczne ziarnka i grudki żółtego i rudego barwika.

P r z y p a d e k II (Kielman K.).

Do badania drobnowidowego wycięto skórę z lewej goleni, przedramienia prawego (bliżej łokcia), a także części jednego z guzów brodawkowych (goleń). Co się tyczy tego ostatniego, to budowa jego w ogólnych zarysach w niczem się nie różni od podanej w przypadku I-szym. Naciek tylko jest tutaj b. głęboki i sięga aż do tkanki podskórnej. To samo należy powiedzieć o skórze, pochodzącej z goleni. Preparaty te są identyczne z opisanymi pod A. przypadku I-szego i dlatego nie będę o nich mówił oddzielnie. Nadmienię tylko, iż tutaj znajdowałem w nacieku skóry nieco większą liczbę eozynochłonnych leukocytów niż u A. K.

Skóra z przedramienia pochodząca jest zmieniona w stopniu daleko słabszym niż skóra z goleni. Widocznie mamy tutaj do czynienia z okresami wcześniejszymi choroby (porównaj przypadek III i IV). Naskórek, na ogół biorąc, jest ścieniały. W warstwie rogowej, nieco zgrubiałej, występują objawy *hyperkeratosis*, rzadziej *parakeratosis*, powierzchnia zaś wyraźnie się złuszcza. Warstwa komórek kolczastych posiada niemal takie właściwości, jak w przy-

padku I-szym. Brodawki miejscami prawie zupełnie wygładzone, miejscami przeciwnie nieco wydłużone.

W warstwie brodawkowej stwierdzić można słaby obrzęk surowicy, liczba zaś pierwiastków komórkowych jest wyraźnie powiększona. Widać tutaj komórki łącznotkankowe, limfocyty, pojedyncze leukocyty, a wśród nich niemało eozynochłonnych. W warstwie podbrodawkowej oraz głębszych pokładach skóry właściwej występują nacieczenia w kształcie ognisk okrągłych oraz smug dookoła i wzdłuż nieco rozszerzonych naczyń krwionośnych. Lwią część nacieków stanowią limfocyty o okrągłym, mocno zabarwionym jądrze, otoczonym wąską obwódką zarodki. Komórek łącznotkankowych jest stosunkowo b. niewiele (przeważnie w najbliższym sąsiedztwie naczyń krwionośnych), zato eozynochłonnych leukocytów spotykamy tutaj o wiele więcej niż w preparatach przypadku I-go. Takież nacieki, przeważnie nader obfite, zauważyć można dookoła kłębków gruczołów potowych. Pozatem w całej skórze, w przestrzeniach pomiędzy naciekami, można stwierdzić większą niż normalnie liczbę stałych komórek łącznotkankowych, trochę eozynofilów oraz pojedyncze komórki tłuszczne.

P r z y p a d e k III (Zofia R.).

Badano skórę z grzbietu stopy, gęsto usianą drobnymi brodawkami. Skóra posiadała wygląd jaszczurowaty, groszkowaty (*chagriné*). Zmiany tutaj twierdzone są współzależne z opisanymi w przypadku I-szym. W danym razie nie sięgają one jednak tak wysokiego stopnia napięcia, zwłaszcza w skórze właściwej.

W naskórku przedewszystkiem rzuca się w oczy znaczny rozrost sopli międzybrodawkowych, głęboko wnikających w podłoże. Następstwem tego jest powstawanie całego szeregu tworów stożkowatych, mniej więcej wysoko wystających ponad powierzchnię otaczającej skóry. W obrębie tych rozrostów stożkowatych sam naskórek uległ poważnym zmianom. Warstwa rogowa jest b. znacznie zgrubiała z wybitnymi objawami hiper- i parakeratozy. Ta ostatnia występuje zwłaszcza wyraźnie pomiędzy stożkami.

Warstwa ziarnista składa się z 6 — 8 szeregów dużych komórek, zawierających obficie keratohyalinę. Warstwa kolczasta szeroka, co oczywiście pozostaje w związku z nadmiernym rozrostem sopli międzybrodawkowych. Miejscami występuje w niej nieznaczny obrzęk międzykomórkowy. W komórkach walcowatych widać dosyć liczne figury karyokinetyczne.

Brodawki skóry nadmiernie wydłużone, miejscami rozgałęzione. Tkanka łączna warstwy brodawkowej jest nieco obrzmiała, liczba zaś stałych komórek łącznotkankowych wyraźnie powiększona. Widać tutaj też trochę pojedynczych leukocytów, przeważnie eozynochłonnych. W podbrodawkowej, a także w głębszych warstwach skóry właściwej porozsiewane są liczne ogniska komórkowe, mieszczące się niemal wyłącznie dookoła naczyń krwionośnych. Ogniska składają się z limfocytów, które występują tutaj w takiej liczbie, iż stanowią o charakterze nacieku komórkowego. Można też śmiało powiedzieć, że niektóre ogniska są utworzone wyłącznie z tego rodzaju komórek tak, iż wyglądem swym zupełnie przypominają drobne limfomaty, np. wątroby. Po-

dobieństwo jest tem większe, że w ogniskach tych można stale wykryć subtelną siatkę łącznotkankową — zwłaszcza widoczną przy specjalnem barwieniu np. metodą van Giesson'a. W innych jednak ogniskach znajdujemy obok limfocytów komórki łącznotkankowe (postaci młode), a także trochę leukocytów eozynochłonnych. Tu i owdzie spotkać też można pojedynczą komórkę plazmatyczną (następstwa *dermatitidis artefactae*?).

Same naczynia krwionośne mają światło nieco rozszerzone, a śródbłonek znacznie zgrubiały, złożony z dosyć wysokich komórek o dobrze barwiącem się jądrze. Te z naczyń, dookoła których jeszcze nie zdążyły się utworzyć ogniska limfocytarne, mają wyjątkowo szeroką (w stosunku do kalibru) błonę zewnętrzną, w której obok komórek łącznotkankowych widać też liczne limfocyty.

Poza ogniskami tkanka łączna skóry niemal nie różni się od normalnej. Stałych komórek łącznotkankowych jest być może więcej niż zwykle. W warstwie podbrodawkowej znajdowałem też trochę barwika (poza komórkami).

Przypadek IV. Piotr S. Do badania wycięto kawałek skóry z przedramienia, z miejsca, gdzie dosyć wyraźnie występowało t. zw. *lichenisatio*. Zmiany tutaj spostrzegane odpowiadają tym, jakie stwierdzić mogłem w przypadku II i III (z pominięciem rozrostów brodawkowych). Naskórek jest zmieniony jak w przypadku II., z tą różnicą, iż w danym razie wyraźnie i stale występuje niewielki rozrost sopli międzybrodawkowych (a równolegle z tem wydłużenie samych brodawek)—zjawisko, które najzupełniej odpowiadałoby klinicznie spostrzeganej lichenizacji. Co się zaś tyczy skóry właściwej, to zaznaczyć należy, iż obraz drobnowidowy jest tutaj niemal identyczny z podanym w przypadku II i III (poza rozrostami brodawkowymi). Preparaty te nie wymagają zatem oddzielnego opisu.

Guzeczkowate nacieki w okolicy krętarzy i na udach („pasy“) nie były badane drobnowidowo, gdyż chory niestety nie zezwolił na wycięcie kawałków skóry.

Przypadek V. (Stanisław S.) Badalem skórę wyciętą w obrębie zmian rozlanych z brzucha.

Preparaty stąd pochodzące są identyczne z opisanymi w przypadku II (Kielman K.). Naskórek w obu przypadkach przedstawia zmiany zupełnie jednakie. Naciek w skórze właściwej rozpoczyna się (jak zwykle) dopiero w warstwie podbrodawkowej i sięga dosyć głęboko, występując jużto w kształcie pojedynczych ognisk dookoła naczyń położonych, jużto pod postacią nacieków bardziej rozlanych. Można się łatwo przekonać, iż nacieki te powstają drogą połączenia poszczególnych ognisk dookoła kłębków gruczołów potowych i tutaj również spostrzec można b. obfite nacieczenie. Ogniska naciekowe składają się, jak zwykle, niemal wyłącznie z limfocytów. Obok nich widać trochę komórek łącznotkankowych i pojedyncze plazmatyczne. Eozynofilów tutaj nie widywałem.

Tkanka sprężysta uległa zagładzie w obrębie ognisk i nacieków bardziej rozlanych.

Torebki włosowe są przeważnie dobrze zachowane.

Przypadek VI. (Anna P.). W przypadku tym badałem tylko skórę w obrębie wylysiałego placka na głowie (na potylicy po stronie prawej). Skóra ta była zupełnie prawidłowa, jeżeli pominąć brak włosów i pewien zanikowy wygląd mieszków włosowych. Nacieków w skórze tej nie znajdowałem.

Chora nie zezwoliła, rzecz dziwna, na wycięcie kawałka skóry z innych miejsc ciała

Przypadek VII. (R.) nie był badany drobnowidowo (*praxis privata*).
(D. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

240. Marfan A. B. O rozpoznawaniu płynu w osierdziu i przekłuciu osierdzia przez nadbrzusze.

W pierwszej połowie obszernego artykułu zastanawia się autor nad trudnościami, jakie nastręcza dokładne rozpoznanie płynu w osierdziu i omawia wszystkie objawy, na podstawie których stawia lekarz podobne rozpoznanie. Rozszerzenie granic tępości serca występuje również i podczas przerostu lub rozszerzenia serca; w razie obecności płynu w osierdziu tępość rozszerza się we wszystkich kierunkach: w prawo zajęcie przestrzeni w 5-em międzyżebżu jest objawem rozpoznawczo bardzo ważnym (objaw Rotch'a), w górę tępość dochodzi aż do drugiego żebra, w lewo wychodzi poza linię sutkową, ku dołowi tępość zlewa się z tępością wątroby (zresztą przez płyn wątroba bywa często przesunięta ku dołowi). Przestrzeń więc, na której wypukujemy tępość w razie płynu w osierdziu, posiada raczej kształt kulisty, postać owalną, prawie że symetryczną, szczegół — według Marfana — dla rozpoznania płynu ważny, albowiem podczas rozszerzenia serca występuje powiększenie stępienia prawostronnie, podczas przerostu — przeważnie lewostronnie. Niezawsze jednak cechy te występują wyraźnie; wtedy z pomocą przyśić może objaw Gendrin'a, polegający na tem, że w razie obecności płynu uderzenie wierzchołka występuje wyżej dolnej granicy tępości; niekiedy objaw ten występuje rzadko, gdyż *ictus* jest zwykle bardzo osłabiony (jednak nie wskutek obecności płynu, którego nie ma prawie wcale na przedniej ścianie osierdzia, lecz wskutek astenii mięśnia sercowego), w pojedynczych więc tylko przypadkach może ułatwić rozpoznanie. Często ważnym jest fakt, czy granice tępości zmieniają się w szybkim czasie (np. z dnia na dzień), czy też przez dłuższy przeciąg czasu pozostają niezmiennic; szybka zmiana przemawia przeciw plynowi. Dla badania zmienności bezpośrednio posługują się niekiedy autorzy objawem Abramsa; polega on na tem, iż u normalnego człowieka, jeśli wykreślić granice serca w pozycji leżącej, potem mocno potrzęść okolicę serca i powtórnie wykreślić granicę, wtedy serce skurczy się pod wpływem rozcierania i stan ten trwa przez kilka minut; z sercem rozszerzonym objaw wychodzi jeszcze wyraźniej i trwa dłużej; jeśli zaś jest płyn w osierdziu, to pod wpływem tarcia niema żadnych zmian w granicach tępości, t. j. objaw wypada ujemnie. Lecz i objaw Abramsa wypada niekiedy ujemnie w przypadkach rozszerzenia serca, dodatnio — w razie obecności płynu, nieza-

PIOTR JARNUSZKIEWICZ I S-ka

Fabryka urządzeń medyczno-mechanicznych, dentystycznych
i łóżek metalowych.

WARSZAWA, Gęsta 16, Zarząd—Karowa, wprost wiaduktu.
Telefon 38-84.

Urządzenia techniczne szpitali współczesnych.

Urządzenia lecznic, klinik i gabinetów lekarskich podług własnych modeli i wskazówek odbiorców.

Kompletne sale operacyjne.

Urządzenia laboratoryjów.

Aparaty do sterylizacji mokrej i suchej. Autoklawy.

Aparaty dezynfekcyjne parowe i formalinowe.

Łóżka metalowe patentowane z rur bez szwu i części lanych, jedyne w swoim rodzaju pod względem higieny, praktyczności i oszczędności w przewozie.

Materace metalowe specjalnego patentowanego typu, przechodzące pod względem wygod w użyciu wszelkie oczekiwania.

Wszystkie wyroby nasze są spawane autogenem, stanowią monolit, t. j. jedną całość, są bezwzględnie aseptyczne, wyróżniają się niebywałą trwałością i są absolutnie bezchwiejne.

Katalogi, oferty, kosztorysy na żądanie.

MACZKA
NESTLÉ
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana
przez lekarzy całego świata
jako idealny pokarm dla dzieci
i dorosłych, chorych na żołądek.

Sanguinal, Kombinacje Sanguinalu.

P. p. lekarze, życzący sobie posiadać preparat, składający się z krwi i żelaza, absolutnie się przyswajający, **pozbawiony wszelkiego działania ubocznego**, a przytem **szybko i stale działający**, proszeni są o wypróbowanie naszego **SANGUINALU**. Pozwalamy sobie prócz tego zwrócić uwagę na kombinacje Sanguinalu z arsenikiem, chininą, extr. rhei, guajakolem, jodem, kreozotem, natrium cinnamyllicum i Vanadiną. Wszystkie te kombinacje okazały się po wieloletnich próbach
 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ wielce skutecznymi. □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Specjalna literatura i próby na żądanie.

KREWEL & C-o G. m. b. H. Kolonia n. Renem
Fabryka Chemiczna.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę, gub. połud.-zachodnie, Centr. Rosyę i Kaukaz Dom Handlowy, S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

Dozwolone przez Komisję Lekarską Petersburską d. 1 maja 1912 za № 462.

Zapobieganie i leczenie przymiotu i zimnicy.

HECTINE

Hektyna nadaje się do leczenia wszystkich postaci przymiotu i zimnicy, zarówno w przypadkach, w których zawodzi albo jest źle znoszona rtęć i chinina jak i w tych, w których wskazany jest arsenik; tu należą: żoły, krzywica, gruźlica, anemia, limfatyzm i t. d.

Ampułki zawierają po 0,20 hektyny. Wstrzykiwania niebolesne.
 Wstrzykiwać co drugi dzień po jednej ampułce przez 10—15 dni.

HECTARGYRE

Połączenie hektyny z rtęcią.

Najskuteczniejsza i najlepiej znoszona sól arseno-rtęciowa.

Ampułki zawierają po 0,20 Hektyny i 0,015 Hg.

Wstrzykiwać co 2 gi dzień po 1 ampułce przez 10—15 dni.

Wstrzykiwania mało bolesne.

Sprzedaż we wszystkich składach i aptekach oraz u LUDWIKA SPIESSA I SYNA w Warszawie.

We Francji w laboratoriach hektyny i hektargyry w Villeneuve la Garonne (Seine).

wsze więc ułatwi rozpoznanie; trzeba zatem szukać innych objawów swoistych dla płynu w osierdziu. Badanie Roentgen'em może dać korzyść niewątpliwą; o ile prześwietlenie wykaże, że brzegi cienia, odpowiadającego sercu i osierdziu, pozostają bez ruchu, nie tętnią, gdy środek tętni wyraźnie, wtedy rozpoznanie płynu nie ulega wątpliwości; niestety, obraz taki widuje się bardzo rzadko. Uwypuklenie klatki piersiowej w okolicy serca, głuche tony, zmiany tętna nie są objawami stałymi, na których można byłoby oprzeć rozpoznanie; również dusznica, która może powstawać wskutek przyczyn najrozmaitszych (ucisk płuca, żył płucnych, tchawicy, unieruchomienie przepony brzusznej), nie ma żadnych cech swoistych. Są jednak przypadki, w których dusznica ma o tyle znaczenie rozpoznawcze, iż znika w pewnej pozycji u chorych z płynem w osierdziu: chory doznaje ulgi bądź zgęty we dwoje, a więc gdy górna część ciała możliwie najbardziej jest pochylona ku przodowi, bądź w pozycji „*genou-pectorale*“, jak podczas modlitwy u mahometan; objaw to bardzo charakterystyczny, ale występuje również rzadko, jako i tak zwany objaw Pins'a. Podczas obecności płynu w osierdziu następuje często ucisk płuca, płynu jednak wydobyć nie udaje się z opłucnej; otóż objawy te, „*pseudopleuriques*“, zależne od niedodmy wskutek ucisku dolnej części lewego płuca, a występujące wyraźnie, gdy chory znajduje się w pozycji pionowej, zmniejszają się—jak to zauważył Pins—gdy chorego nachylić ku przodowi, znikają zaś po kilku chwilach zupełnie w pozycji „*genou-pectorale*“. Opisany objaw, charakterystyczny jakoby tylko dla płynu w osierdziu, występuje, niestety, bardzo rzadko—Marfan spostrzegł go tylko jeden jedyny raz, i to zaznaczony w słabym stopniu—rozpoznawczo więc i on okazuje niewielką pomoc. Jak widać więc z powyższego, rozpoznanie płynu w osierdziu jest, w braku objawów charakterystycznych, bardzo trudne; zestawiając najrozmaitsze dane, można przypuścić niekiedy istnienie płynu, ale w pewnych przypadkach niema się pewności co do tego; w tych razach punkcja próbna rozstrzygnąć mogłaby sprawę stanowczo, lecz przekłucie osierdzia uważane bywa za rękoczyn poważny i niektórzy lekarze korzystają z niego bardzo niechętnie, w wyjątkowych przypadkach. Marfan stara się w drugiej części swego artykułu bliżej wyjaśnić przyczyny tych obaw. Istnieją dziś dwie metody przekłucia osierdzia: dawna, według której dostawano się do osierdzia poprzez przestrzeń międzyżebrową, i nowa, podana w 1911 r. przez Marfana, według której trójkąt przebija nadbrzusze poprzez przyczepy mostkowe przepony. Technika metody dawniejszej odbywa się według wskazań: 1) Dieulafoy, 2) Delorme'a i Mignon'a, 3) Thomas'a, M. Rotch'a. Sposób Dieulafoy wprowadzania igły poprzez 5-ą przestrzeń międzyżebrową lewą, o 6 cm mniej więcej od brzegu mostka, ma tę niewątpliwą zaletę, że wyklucza uszkodzenie naczyń sutkowych wewnętrznych, może jednak zranić opłucną, a niekiedy nawet płuca; uklucia serca z zejściem śmiertelnym również opisywano, jako skutek nieostrożnego zastosowania tego sposobu. Modyfikacja Delorme'a i Mignon'a, polegająca na wprowadzaniu igły poprzez nacięcie po lewej stronie przy samym brzegu mostka, zabezpiecza co prawda od uklucia naczyń sutkowych wewnętrznych oraz opłucnej, ale pozostaje groźną dla serca, a przytem samo nacięcie nie jest już zabiegiem tak prostym, jakim jest wogóle każde przekłucie. Wreszcie trzeci sposób—Thom. M. Rotch'a, według którego przekłuwamy osierdzie poprzez 3-e międzyżebrze prawe, również nasuwa obawy uszkodzenia płuca oraz serca, nie jest więc lepszym od dwu wspomnianych. Marfan, aby uniknąć niedogodności dawnej metody przekłucia osierdzia, poraz pierwszy zastosował w 1911 r. przekłucie osierdzia poprzez nadbrzusze u 6^{1/2}-letniego chłopca, który przybył do szpitala z objawami płynu osierdzia. Ponieważ zapomocą trzykrotnego przekłucia osierdzia metodą Dieulafoy nie wydobyto całej, zawartej w niem ropy, M. postanowił wy-

dobyć resztę ropy przez nadbrzusze na linii środkowej, z tyłu poza wyrostkiem mieczykowatym; zabieg ten udał mu się znakomicie, powtarzał go bądź Marfan, bądź też jego asystent u tego samego chłopca aż 17 razy. Od tego czasu stosował M. swoją metodę w 4-ch innych przypadkach, a N. Fiessinger korzystał z niej w 3-ch przypadkach. Technika jest następująca: dla przekłucia próbnego wystarczy igła, jak dla przekłucia lędźwiowego, ze szprycą o 10–20 cm sz., dla wydobycia większych ilości płynu z osierdzia służy mały trójkąt z przyrządu Potain'a, osadzony na odpowiednim aspiratorze; choremu, który w nawpół siedzącej pozycji leży na łóżku, odsłania się nadbrzusze i odkaża, lekarz dla orientacji lewy palec wskazujący kładzie na końcu wyrostka mieczykowatego mostka, a bezpośrednio pod palcem na linii środkowej wbija igłę lub trójkąt, kierując skośnie od dołu ku górze. W miarę przebijania ściany brzusznej lekarz coraz bardziej zbliża koniec igły, ewent. trójkąta ku tylnej powierzchni mostka (swoją rękę zaś, w której trzyma narzędzie, opuszcza i zbliża ku ścianie brzusznej) i w ten sposób przekłuba osierdzie, unikając uszkodzeń wewnętrznych naczyń sutkowych, opłucnej i serca. I ta metoda—jak to wykazały badania Marfana około stu razy na trupach—ma jednak przeciwwskazania; nie należy jej stosować w przypadkach wybitnego tympanizmu brzuszego, gdyż wtedy wyrostek mieczykowaty z trudem daje się wyczuć i trójkąt może zranić otrzewną, żołądek lub wątrobę, oraz u osobników, posiadających t. zw. *thoracem infundibuliformem*, gdzie łatwo uszkodzić przeponę oraz prawy przedsionek.

Przekłucie osierdzia stosuje się bądź jako przekłucie próbne, bądź też dla zupełnego wypuszczenia płynu z osierdzia; często jedno łączy się z drugim. Marfan zastanawia się nad znaczeniem tego zabiegu, jako punkcji próbnej, i zadaje pytanie, czy należy go stosować w celach rozpoznawczych; na podstawie zaś trzech przypadków ze swojej własnej praktyki, gdzie były objawy, przemawiające za obecnością płynu w osierdziu, gdzie wykonano też przekłucie osierdzia przez nadbrzusze, lecz ze skutkiem ujemnym, dochodzi M. do wniosku, że zabieg wskutek swej prostoty powinien być stosowany w przypadkach wątpliwych, o ile zaś wydobędzie się trochę płynu, to zbadanie go pod względem chemicznym, cytologicznym i bakteryologicznym nieraz ułatwi ustalenie etiologii. Ta ostatnia okoliczność jest ważna ze względu na leczenie, potem zaś samo przekłucie i wypuszczenie nieznacznej ilości płynu (np. w przypadku Robin'a i Fiessinger'a—50 gr.) uwalnia serce od ucisku, ułatwia krążenie i zmniejsza duszność. Naturalnie, zbadanie otrzymanego płynu z osierdzia wskaże, czy należy dokonać perykardiotomii, czy też zadowolić się przekłuciem; w razie obecności ropy pierwszy zabieg jest zawsze konieczny i to w możliwie najszybszym czasie; w przypadkach jednak, w których ogólny stan zdrowia chorego jest niezmiernie ciężki, np. u dzieci, gdzie występuje częste powikłanie płucne, zadowalać się trzeba z konieczności jedynie przekłuciem, które nie powinno nastęrczać żadnych obaw.

(*La Semaine méd.* 1913, Nr. 40).

Stefan Sterling.

241. Löwenheim. Digifolina, nowy preparat naparstnicy.

Digifolina zawiera wszystkie dodatnio działające na serce składniki naparstnicy bez jej szkodliwych składników, mianowicie — saponinów. Wypróbowana w 150-u przypadkach wad zastawek serca, zapalenia mięśnia sercowego, niedomogi serca i arteryosklerozy, okazała się środkiem pewnym. Już po kilku godzinach po zażyciu zauważono zwiększenie się ilości wydzielanego moczu, obniżenie jego ciężaru właściwego i polepszenie tętna. Diureza dosięga punktu kulminacyjnego zwykle piątego dnia po zażyciu digifoliny.

Stosuje się digifolinę przez trzy dni, dając dziennie po 5 tabletek, z których każda odpowiada 0,1 *Folior. digitalis titr.* Po upływie ośmiu dni przerwy kurację taką powtarza się.

(*Münchn. med. Wochenschr.* 1913. № 45).

Wl. Müller

242. Leo. Nowe poglądy na stosowanie lecznicze kamfory.

Działanie kamfory w roztworze wodnym nasyconym występować ma prędkiej i intensywniej, niż w roztworach oleistych. Działanie pobudzające na korę mózgową i ośrodek oddechowy jest bardzo wyraźne; w przypadkach doświadczalnych osłabienia serca (przez zatrucie fosforem) ciśnienie krwi podnosi się.

Szczególnie interesującymi mogą być próby zwalczania kamforą zakażenia pneumokokowego. Surowica zwierząt, traktowanych kamforą, jakoteż zawartość $\frac{1}{10000}$ części kamfory w pożywce — powstrzymują rozwój pneumokoków. Myszy zarażone pneumokokami i jednocześnie leczone wodą kamforową, stosowaną podskórnie, zdrowiały, gdy tymczasem osobniki kontroli ginęły. U królików takiego wpływu kamfory nie obserwowano.

Autor przypuszcza, że kamfora może zwalczać krupowe zapalenie płuc (okres zwłóknienia) nie tylko objawowo, lecz i przyczynowo, mianowicie 1) niszcząc krążące we krwi pneumokoki, przezco zapalenie płuc nie przenosi się na inne płaty, i 2) wzmagając autolizę wysięku zapalnego w pęcherzykach płucnych.

Ostatnia możliwość wypada z badań Liebmanna który znajdował, że kamfora rozszerza naczynia małego krążenia. a więc wywołuje lepsze ukrwienie płuc. Według zaś Müllera większy dopływ z krwią białych wielojądrowych ciałek, przynoszących odpowiedni ferment, ma przyspieszać rozpuszczanie się wysięku krupowego. Rozszerzanie naczyń małego krążenia przez kamforę dałoby się wyzyskać leczniczo w astmie, zapaleniu opłucnej, wreszcie gruźlicy płuc (Rokitansky: przekrwienie). We wszystkich cierpieniach, połączonych z utrudnieniem oddychania, możnaby stosować kamforę dla podniesienia głębokości oddechu.

Z roztworu 0,142 gm. kamfory na 100 cm sz. wody, jaki jest w sprzedaży u Merck'a, wprowadza się podskórnie lub śródżylnie 150—200 cm sz. płynu, a więc 0,21—0,28 gm. kamfory. Zastrzyknięcia są niebolesne, nie wywołują podrażnień. Weintraud proponuje wprowadzać taki roztwór we wszystkich przypadkach, w których wskazana jest hipodermokliza z roztworu fizjologicznego.

Liebmann stosował powyższy środek u wielu chorych. W przypadkach zapalenia płuc obserwował on podwyższenie ciśnienia krwi o 20—30 mm. Hg. Bliższe szczegóły mają być przez niego wkrótce opublikowane. Boenecke zachwala kombinację kamfory z surowicą przeciwpneumokokową.

(*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1913. № 43.

Adolf Czajkowski.

243. R. Lépine. Rola nerki w cukromoczu; nowa teoria cukromoczu florydycznego.

Występowanie cukromoczu, gdy zawartość cukru w surowicy podniesie się powyżej pewnej granicy, jest rzeczą zupełnie zrozumiałą pod względem fizjologicznym; według Cl. Bernarda granica ta wynosi $\frac{3}{1000}$, cyfra ta jest jednak bez porównania niższa jak to wykazały badania z czasów ostatnich: już $\frac{1,5}{1000}$ prowadzi do cukromoczu. Natomiast niezmiernie ciekawe są te przypadki, w których bądź cukromocz nie występuje pomimo niezmiernie

cukru w surowicy (5‰ i wyżej), bądź też znajdujemy dość znaczne ilości cukru w moczu, pomimo, iż w surowicy jest go bardzo niewiele, niekiedy mniej nawet, niż w stanie normalnym (t. zw. hipoglikemia) Lép. omawia obydwie odchylenia. Jako przykład zwiększania się zawartości cukru w surowicy ze zmniejszaniem się jej w moczu przytacza L. swe badania nad zachowaniem się moczu u psów, którym wycięto trzustkę. Przez pierwszych 16 godzin po operacji zwiększanie się cukromoczu idzie równoległe do zwiększania się zawartości cukru w surowicy; od 16—30-ej godziny po wycięciu trzustki cukru w surowicy przybywa coraz więcej, zawartość jego sięga aż 5‰ i wyżej, a w moczu jest go o kilka razy mniej, aniżeli w pierwszych godzinach. W jaki sposób objaśnić to zjawisko, Lép. nie wie; być może, zależy ono od tego, iż cukier krąży w postaci związanej—jak przypuszczają niektórzy—i do owego związania wymaga pewnej ilości godzin, a tymczasem cukier niezwiązany wydziela się w moczu; możliwem jest też, iż nabłonki nerkowe pod wpływem olbrzymiej ilości cukru zostają jakby porażone, a dopiero po pewnym czasie przystosowują się i zaczynają już pracować, przepuszczając mniejsze ilości cukru; ale też możliwe jest i wprost odwrotne założenie, mianowicie, że nabłonki początkowo przepuszczają cukier, a dopiero po pewnym czasie wskutek nadwyżżenia stają się mniej przepuszczalne dla cukru. Za tą ostatnią teorią przemawiają też i dane kliniczne: wiadomo, iż u chorych cierpiących na chorobę cukrową zwiększa się ilość cukru w surowicy, co zależy przypuszczalnie od tego, iż z czasem przepuszczalność nabłonka nerkowego zmniejsza się i cukru wydziela się mniej; w ten sam sposób można sobie tłumaczyć, że w przebiegu zapalenia nerek zwiększa się zawartość cukru w surowicy. Zarówno więc w przypadkach doświadczalnych (u psów, którym wycinano trzustkę), jak i w klinicznych hiperglikemia bez odpowiedniego cukromoczu zależy zapewne od nienormalnego stanu przesączania w nerkach.

Odwrotne zjawisko—zjawianie się znacznych ilości cukru w moczu, gdy w surowicy niema nadmiaru, a nawet są mniejsze ilości, aniżeli normalnie w surowicy — zauważono w przypadkach zatrucia florydzynowego, zatrucia chromem, uranem, sublimatem, po wstrzykiwaniu wyciągów z różnych narządów, pod wpływem nerwowym, wreszcie w kilka godzin po umyślnie wywołanem przedładowaniu surowicy cukrem, po którym następuje zwykle zmniejszenie się zawartości cukru w surowicy. Lép. omawia szczegółowo cukromocz po wstrzyknięciu florydżyny (po 0,01 gr. na kilogram wagi zwierzęcia) i teorye, tłumaczące powstawanie jego ¹⁾ Przypuszczenie Pavy'ego, że wydzielany cukier zostaje fabrykowany w nabłonkach nerkowych, nie wytrzymuje krytyki; inne teorye — choćby Biedl'a i Kolisch'a—są niewystarczające. W każdym razie, fakt, który odkryli ci badacze, mianowicie, iż we krwi z żyły nerkowej znajduje się po wstrzyknięciu florydżyny cukru znacznie więcej, aniżeli we krwi tętnicy nerkowej, rzuciły pewne światło na omawianą sprawę. Spostrzeżenie to zostało potwierdzone przez Lép. i Bou-lud'a, którzy przekonali się przytem, że we krwi żyły nerkowej jest więcej

¹⁾ Florydżyna jest to glikozyd z kory korzeni jabłonek i drzew wiśniowych, rozpadający się podczas gotowania z kwasami na floretynę i florozę, cukier prosty, bardzo zbliżony do cukru gronowego (glikozy). Lép. w artykule swym nie wspomina zupełnie o poglądzie niektórych autorów niemieckich, według którego florydżyna rozkłada się w nerkach na obydwie swoje części składowe, przyczem cukier wydziela się natychmiast, wywołując cukromocz, wolna zaś floretyna znowu łączy się z cukrem w krwiobiegu, cukier znowu odszczepia się i wydziela,—trwa to tak długo, dopóki nie zostanie wydzieloną z ustroju florydżyna lub floretyna, gdyż i ta ostatnia per se, wprowadzona do ustroju, może wywołać długotrwały cukromocz. (Bliższe szczegóły patrz: Naunyn, Der diabetes mellitus, Wiedeń, 1906 r. *Przyp. spraw.*).

cukru wolnego, aniżeli we krwi tętnicy, natomiast mniej cukru związanego, że zatem cukier wolny tworzy się kosztem cukru związanego, zjawisko to, niesłychanie ważne, zachodzi nie tylko w naczyniach włoskowatych nerek, ale i w innych narządach, np. w płucach; zmiankowani autorzy zauważyli, że pod wpływem wstrzykiwań florydzyiny u psów głodzonych krew *ari. carot.* ma więcej cukru wolnego, a mniej związanego, aniżeli krew prawej komory, a krew tejże zawiera mniej cukru wolnego, aniżeli krew lewej komory. Na podstawie tych doświadczeń i spostrzeżeń, Lépine podaje nową teorię cukromoczu po wstrzyknięciu florydzyinowem, według której cukier wydzielany w moczu pochodzi z cukru związanego, nabłonki zaś nerkowe pod wpływem wstrzykniętego glikozydu stają się dla cukru bardziej przepuszczalne.

W końcu tego ciekawego artykułu zastanawia się Lépine nad tem, czy istnieją i w klinice przypadki cukromoczu nie specjalnie „nerkowego“, gdyż mówić o cukromoczu wyłącznie nerkowym wogóle jest bardzo trudno, ale takiego, w którym niema nadmiaru cukru we krwi (hiperglikemii), i zalicza do nich głównie przypadki cukromoczu u kobiet ciężarnych w ostatnich miesiącach ciąży (przypadki te stanowią, według Lépin’a analogię, do przypadków cukromoczu wywołanych przez wstrzykiwanie wyciągów z różnych narządów); liczne zaś przypadki cukromoczu bez hiperglikemii, opisane przez różnych autorów, nie stanowią grupy jednolitej; mają one różne powikłania chorobne i nie wchodzą w zakres omawianej sprawy.

(*Sem. médic.*, 1913. № 39).

Stefan Sterling.

244. L. Borchardt i W. Bennigson. Badania nad zawartością cukru we krwi w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek.

Wtedy gdy we krwi osobników zdrowych ilość cukru wynosi od 0,06—0,1%, u chorych na zapalenie nerek ilość ta powiększa się, jak na to zwrócił uwagę E. Neubauer. Według badań autorów zwiększenie ilości cukru we krwi czyli hiperglikemia, nie spotyka się w każdym przypadku niepowikłanego, przewlekłego zapalenia nerek, lecz tylko w tych przypadkach, w których jednocześnie daje się zauważyć zatrzymanie wydzielania soli kuchennej i azotu. Opierając się na badaniach Nishi’go, autorzy tłómaczą hiperglikemię zwiększonym wysysaniem wstecznym przez kanaliki nerkowe cukru, wydzielonego przez kłębki nerkowe. Cukier we krwi określali autorzy kolorymetrycznie, używając do tego kolorymetru Authenrieth’a.

(*Muenchn. med. Wochenschr.* 1913. № 41).

Wł. Müller.

Przegląd bibliograficzny.

Dr Med. Henryk Nusbaum. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** (fiziologia, patologia i terapia ogólna, propedeutyka) z rysunkami w tekście. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej, ozdobione portretem autora, z przedmową doc. dra J. Pruszyńskiego. 1913 r.

W warunkach, w jakich odbywa się praca naukowa w naszym społeczeństwie, pozbawionem instytucji, jednoczących rozproszone usiłowania naukowe i skupiających je w jedno ognisko, los prac, rozsianych po czasopi-

smach, to częstokroć niemal los artykułów dziennikarskich. Życie ogromnej większości ich—naogół niezmiernie krótkie.

Nieliczni tylko autorzy, szczęśliwie uwzględnieni w szerszych podręcznikach, przechodzą do piśmiennictwa trwalszego. Większość, nieraz nie najmniej wybitnych, ginie wkrótce w niepamięci—niedocenieni, nieskoordynowani z pokrewnymi usiłowaniami innych autorów, często wręcz przeoczeni niedbale już przez współczesnych.

Szczególnie zaś rzadko, wręcz wyjątkowo w piśmiennictwie naukowym uwidocznią się całość indywidualności umysłowej polskiego autora, którą sprawiedliwie obrazowaćby mogło jedynie zestawienie zbiorowe prac jego, wskazujące całkowitą linię jego rozwoju.

Stąd pospolitem jest już u nas zjawiskiem, że nieraz po wielu dopiero latach ukazuje się, ku zdziwieniu wielu, żywa charakterystyka jakiejś wybitnej indywidualności, o której pamięć zanikała już w najbliższym pokoleniu, a której pełną siłę odtworzyła dopiero skrzętna ręka historyka. Tak objawieniem dla wielu była ostatnia monografia Wrzoska o Bierkowskim. Tak postać Chalubińskiego, tyle nam jeszcze bliskiego, rozplywała się już w liniach jakby mitycznych, dopóki nie zarysował jej ściślej Edmund Biernacki. Długi szereg innych wydatnych ludzi dnia wczorajszego oczekuje dopiero na oświetlenie monograficzne.

Co więcej, dzisiejszych ludzi wybitnych, ludzi już naszej epoki, częstokroć nie rozumiemy dobrze, czasem przeceniamy, częściej niedoceniamy, tak rozproszone są linie naszej pracy, tak brak nam punktów ogniskowych nauki. Uczniowie nie znają w pełni prac swoich nauczycieli...

W ten sposób ustawicznie rwie się nić tradycji naukowej, mozołnie potem nawiązywana.

A jednak, jeśliby zestawić, choć w wyobraźni, pracę życiową niejednego z nam współczesnych ludzi nauki, to nieraz jakże piękny dojrzećby w niej można przyczynek do obrazu tych dróg, jakie wyszukuje sobie wciąż żywa siła myśli rozbitego narodu, której zamknięto naturalne drogi rozwoju!

Taki, między innymi, przyczynek do dziejów myśli naukowej w naszej epoce stanowi zbiór „pism lekarskich“ Henryka Nusbauma.

Rozpoczął prawdziwie górną. Pierwsza część prac, jakie zdobią czoło „pism“, to silne, wybornie opracowane rozprawy z zakresu fizjologii, świadczące o znakomitej szkole autora i już wyraźnie zaznaczonej jego indywidualności. Należą tu rozprawy: o nerwach przyspieszających serca, o wpływie kurary na nerw błędny, o fizjologicznym działaniu niektórych trucizn na ślinianki podżuchwowe, o antagonizmie trucizn, o oddziaływaniu gruczołu trzustkowego na niektóre trucizny i wreszcie o unerwieniu mięśnia wyżymacza pęcherza moczowego.

Te prace autora nie zestarzały się. I dziś, jakkolwiek wnioski ich stanowią już trwały nabytek podręczników, czyta się je z głębokim zainteresowaniem, tak zajmuje w nich zawsze szerokie i wszechstronne ujęcie kwestyi, harmonijne wiązanie badań fizjologicznych z odnośniami podstawami anatomicznymi (które nieraz samemu tworzyć wypadało), oraz ujawniająca się przytem głęboka badawczość umysłu autora i jego upór w dochodzeniu pełnej prawdy. Dążąc wyraźną i prostą drogą do celu swoich badań, Nusbaum zawsze ogarnia umysłem i rozstrzyga nasuwające się kwestye uboczne, rozszerzając przeto podstawy przedmiotu, a jednak bynajmniej nie wklajając i nie mącąc zasadniczej linii rozprawy.

Te sześć prac, poświęconych poważnym zagadnieniom fizjologii, związane i wytworne w formie, sumienne i logiczne, wyrobiły Nusbaumowi piękne imię w nauce. Po nich, zdawało się, dalsza droga jego zapowiadała się prosta i jasna. Niezawodnie w dalszym swym rozwoju naukowym Nusbaum

Przeciw zaparciu przewlekłemu i zwykłemu, przeciw rozstrojowi żołądka, skłonności do tycia i do hemoroidów lekarze zalecają



SAGRADA BARBER,

jako łagodny środek czyszczący, regulujący trawienie.

SAGRADA BARBER — oczyszcza krew, wzmacnia żołądek i narządy trawienia.

SAGRADA BARBER — zawiera wszystkie skuteczne pierwiastki kory CASCARA SAGRADA.

Dawka: 1—3 pastylek przed udaniem się na spoczynek, działa po upływie 10—12 godzin.

Aby uniknąć przykrych nieporozumień, należy żądać koniecznie SAGRADA BARBER w pudełkach oryginalnych po 40 lub 20 sztuk. Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

W. W. P. P. lekarzom wysyłają się na żądanie próby SAGRADA BARBER z głównego źródła.

Apotheke zum heiligen Geist, Wien I. Operngasse 16.

PIPERAZYL

benzoat

LERAT

piperazyny

PODAGRA, KAMIEŃ NERKOWY, REUMATYZM,
ARTRYTYZM, KAMIEŃ ŻÓŁCIOWE

ROZPUSTCZA 98% KWASU MOCZOWEGO

DUŻY FLAKON 60 TABLETEK 2.25 KOP. MAŁY FLAKON 30 TABLETEK 1.25

LITERATURA I PROBY DLA PP. LEKARZY BEZPŁATNIE

KANTOR: GABRIEL POMMIER ST. PETERSBURG PANTELEJMONSKAJA.27.

Lekarze całego świata zalecają stale

Idealny środek
przeczyszczający
dla dorosłych
i dzieci

PURGEN

Przyjemny,
łagodny,
skuteczny.

Cena pudełka 65 kop. Dostać można we wszystkich aptekach. Dr. Bayer és Társa, Budapeszt.

UWAGA!! Oryginalne pudełka opatrzone są niebieską banderolą z rosyjskim napisem.

Xeroform

Zupełnie nie trujący proszek do posypywania ran.

Nie drażniący, dający się wyjaławiać, osuszający, bardzo silnie odwaniający, posiadający w wysokim stopniu własność odtwarzania nabłonka. Zmniejsza wydzielinę rany i dzięki temu usuwa obawę zakażenia. Środek swoisty w wyprysku sączącym, wrzodzie gołeni i ranach po oparzeniu. o o o o o o o o o o

Kwas acetylowo-salicylowy „Heyden“

w proszku i w tabletkach, które w wodzie bardzo łatwo rozpadają się na proszek, nadzwyczaj tani i skuteczny.

Tabletki kwasu acetylowo-salicylowego należy przepisywać za-
o o wsze tylko w opakowaniu oryginalnem „Heyden“. o o

(Rurki z 20 tabletkami po 0,5 g.).

Próby i literaturę dostarcza bezpłatnie:

Chemiczna fabryka von Heyden, RADEBEUL-DREZNO,
lub przedstawiciel: **Ludwik Freider Warszawa, Leszno 60.**

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami i dyplomami uznania.

Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem najnowszych
wskazań nauki (jak albuminowe,
antrasolowe i t. p.)
oraz

ŚRODKI HYGIENICZNO-KOSMETYCZNE

wyrabia □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

Nowy Świat № 35, w Warszawie.

Sanatorium D-ra Solmana

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzerowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy dla pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecemi oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie.

Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze dla uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego

szybko kroczyliby ku coraz wyższym zagadnieniom, dążąc do syntezy, do której zamilowanie i zdolności zdradzał wyraźnie już w pierwszych swych pracach. Związać autora takiego ściśle z pracownią, w której działalność jego zarysowała się tak obiecująco—wydawało się naturalnym obowiązkiem władz miarodajnych.

W rzeczywistości stało się inaczej: pracę Nusbauma w zakresie fizjologii doświadczałnej ostro przerwano...

„Żywa jednak natura Nusbauma—pisze J. Pruszyński w pięknej swojej przedmowie—nie zraziła się niepowodzeniem; bystry jego umysł przyrodniczy i poza warsztatami pracy usiłuje rozwiązywać zagadnienia, których dostarcza mu codzienna obserwacja.“ I doprawdy, przeglądając następne prace zbioru, nie wiem, mimo całą cześć dla t. zw. czystej nauki, czy wypada bardzo żałować, że dalsza działalność Nusbauma poszła tą właśnie utartą już u nas drogą — medycyny praktycznej, tyle pierwszorzędnego materiału naukowego zdołał wyłowić umysł jego z jej „obserwacji codziennych.“ Jego „wahania okresowe w energii czynności fizjologicznych“, usiane głębokimi spostrzeżeniami, długo jeszcze stanowią mogą punkt wyjścia do wielorakich rozmyślań i analogii. W rozprawie „o natężeniu w zjawiskach fizjologicznych“ autor w sposób subtelny dotrzeć usiłuje do „minima“ stanów patologicznych, wejrzeć w głąb natury i cierpienia ludzkich.

Już te ostatnie, a przede wszystkim następne prace — z zakresu terapii i propedeutyki („O najglówniejszych zadaniach terapii i jej sprawności“, „W sprawie wskazań do stosowania narkotyków“ i in.) znamionują zarazem coraz większe zbliżenie Nusbauma do życia i jego bolączek, zbliżenie z wciąż badawczą myślą fizjologa, lecz również z gorącym sercem współczującego niedoli ludzkiej lekarza.

„Na sprawy świata tego—pisze tu Nusbaum—można się zapatrywać z wysoka, tak aby współcześnie jak największy obszar zjawisk w oko świadomości naszej wniknąć... widzimy wtedy li ogólne idee, ogólne prawa, ogólne formy, szczegóły jak gdyby nie istniały.

Ale na sprawy świata tego trzeba zapatrywać się i z bliska — wtedy przekonywamy się, że drobny cel każdego szczegółu jest prawie współrzednym pod względem ważności celowi ogólnemu całości.“

Ten właśnie sposób „patrzenia z bliska“ na sprawy świata stanowi o wartości „codziennych obserwacji“ Nusbauma: pamięta on i umie dojrzeć w nich i z nich wyprowadzać zawsze „ogólne idee“, „ogólne prawa“; nie zatracą nigdy głęboko wszczepionych zasad myślenia przyrodniczego. Jeżeli też tak mamy rozumieć praktykowanie sztuki lekarskiej, nie wyda nam się bynajmniej herezją ani obniżeniem pierwotnych ideałów—wniosek, którym kończy Nusbaum ostatnią swoją rozprawę: „Gdy dostojność medycyny jako nauki jest wielką, gdy zgłębia ona najwyższą zagadkę bytu, bo zagadkę życia, dostojność medycyny jako sztuki jest niemniej wielką, gdy zdąża ona do zaradzenia najwialniejszemu potrzebom ludzkiego życia, bo do zwalczania najpotężniejszego zjawiska tu na ziemi — zjawiska cierpienia i bólu.“

Przytoczone słowa ostatnie wspólnie z pierwszymi pracami fizjologicznymi Nusbauma stanowią jakby kraniec linii, wzdłuż której odbywała się jego ewolucja pod twardymi wpływami naszego życia zbiorowego.

Wbrew może pierwotnym obawom, czytelnik, przeglądający etapy tej ewolucji, w rezultacie nie dojrzy w niej bynajmniej załamania ani spaczenia po wspomnianych doświadczeniach uniwersyteckich Nusbauma. Przeciwnie, tą może tylko linią rozwoju — od chłodnych badań doświadczalnych do praktykowania sztuki lekarskiej — dojść mógł Nusbaum do tych wyżyn ducha, jakie uwidocznia całość dotychczasowej jego 40-letniej pracy, a które przede wszystkim współczesny lekarz - przyrodnik zdobywa przez głębsze poj-

mowanie świata i praw nim rządzących, przez silne odczucie jego piękności i harmonii i pełne zrozumienia współczucie dla jego wielkiej niedoli.

Nie tylko dla bogactwa myśli, włożonych w poszczególne prace zbioru, lecz również jako wzór szerokiego stosowania zasad myślenia przyrodniczego w codziennej praktyce, oraz jako przykład zwyciężkiej ewolucji duchowej polskiego autora wśród wysoce ciężkich warunków—książka Nusbauma stanowić będzie trwały nabytek naszego piśmiennictwa.

W. Starkiewicz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie chirurgów 12-go czerwca 1913 r.

1. Wertheim przedstawił chorego, u którego w lutym 1909 r. z powodu trwającego rok całkowitego porażenia pooperacyjnego lewego nerwu twarzowego wykonał połączenie obwodowego kikuta przeciętego nerwu twarzowego z kikutem, wykrajany z nerwu podjęzykowego. Nastąpiła wybitna poprawa w zakresie czynności ruchowych, oraz poprawa odczynu elektrycznego. Dają się widzieć współruchy terytoryów, zasilanych przez nerwy twarzowy i podjęzykowy.

2. Szteyner pokazał kamień, otrzymany przez nacięcie miedniczki nerkowej z następczem zaszyciem miedniczki—zagojenie przez rychłozrost.

3. Jankowski omówił trzy przypadki, w których wykonał zespolenie żołądka z jelitem oraz wykluczenie odźwiernika, z dobrym przebiegiem pooperacyjnym. J. zaleca dodawać do każdego zespolenia żołądkowojelitowego wykluczenie odźwiernika, ponieważ klinika i eksperyment wykazują, że post gastroenterostomiam przy odźwierniku drożnym pokarm idzie nie przez nowy otwór, lecz po dawnemu przez odźwiernik, w następstwie czego zespolenie rychło zarasta i objawy cierpienia powracają. J. zamykał odźwiernik przez przewiązanie go grubym jedwabiem, poczem miejsce przewiązania obszywał struną. Pokaz swój ilustrował J. odpowiednimi rentgenogramami. W dyskusyi:

Kryński, zgadzając się w zupełności z zasadniczym postulatem Jankowskiego, przestrzega, że samo przewiązanie odźwiernika jest niewystarczające (podwiązka przerzyna ścianę żołądka i wpada do jego światła), należy przeto uprzednio zmiażdżyć ścianę powyżej miejsca wrzodu miażdżem Doyen'a; najpewniejsze atoli jest postępowanie Eiselsberg'a, polegające na przecięciu odźwiernika i zaszyciu na ślepo przeciętych końców. Zasługuje na uwagę sposób Girard'a (pyloroplastyka zwężająca).

Leśniowski twierdzi, że doszczętne wykluczenie odźwiernika jest niedobre, a tylko wykluczenie czasowe ma rację bytu.

Skabowski i Drozdowicz demonstrują rentgenogramy z odnośnej dziedziny.

Sławiński zaznacza, że gastroenterostomia obecnie jest często wykonywana bez właściwych wskazań, a jej strona techniczna niezawsze jest uwzględniana w należyтым stopniu.

4. Sławiński przedstawia 2 chorych po rozległych oparzeniach, którym na uszkodzone miejsca skóry przeszczepił owodnię (amnion) z pomyślnym skutkiem. W dyskusyi zabierali głos: Sawicki, Szerszyński i Leśniowski.

5. Krauze pokazał preparat wyciętego jelita z powodu nowotworu (tłuszczak podśluzowy).

6. Kalinowski pokazał preparat wyciętego bąblowca wątroby wielkich rozmiarów.

7. D. Hellin przedstawił psa z obustronną odmą piersiową przy otwartych jednocześnie obu jamach opłucnej; pomimo tego pies oddychał w dalszym ciągu (bez użycia przyrządów w rodzaju kamery Sauerbruch'a lub Brauera). Doświadczenie to dowodzi, że teoria obecna co do zależności oddychania od braku powietrza w jamie opłucnej jest błędna. Płuco, wbrew twierdzeniom dotychczasowym fizjologów, oddycha pomimo odmy piersiowej. Należy przypuszczać, że wykonywa ono ruchy samodzielne. Pod względem chirurgicznym doświadczenie to, stwierdzając przede wszystkim fakt istnienia obustronnej odmy piersiowej bez zejścia śmiertelnego, upoważnia nas przy obustronnych ropniakach opłucnej do otwierania jednoczesnego obu jej jam.

W dyskusyi przemawiał Kryński.

Posiedzenie chirurgów 9-go października 1913 r.

1. Lewenstern przedstawił chorą, u której wykonał doszczętną operację z powodu dwustronnego przewlekłego ropienia jam bębenkowych sposobem Kadera (trepanowanie rozpoczyna się od razu od górno-tylnej ściany przewodu, plastyka przewodu usznego chrzęstnego i całkowite zaszycie rany skórnej), wynik czynnościowy i estetyczny otrzymał bardzo dobry.

2. Krauze przedstawił chorą, u której wykonał wycięcie stawu łokciowego, zeszywniałego zupełnie po urazie; po wycięciu stawu wszczepił kawał tłuszczu (z uda) i część mięśnia trójgłowego—wynik czynnościowy otrzymano bardzo dobry. W dyskusyi zabierali głos: Łapiński, Kryński i Szerszyński.

L. Zembrzuski przedstawił chłopca 10-letniego, operowanego przed 3-ma miesiącami z powodu wnętrostwa (ectopia inguinalis sin.). Operację wykonał Z. sposobem Walther'a i Ombredanne'a; jądro utrzymało się *in situ*, wynik kosmetyczny dobry.

4. Ciechomski przedstawił chorą, której z powodu rozległego braku skóry na prawej podeszwie i pięcie przeszczepił wielki płat z szypułą z uda lewego. Po szczegółowem omówieniu danego przypadku, C. przytacza zasady plastyki, wprowadzone przez Maasa.

W dyskusyi:

Kryński zaznacza, iż operacje plastyczne istnieją w chirurgii od bardzo dawna i przytacza niektóre własne przypadki.

Borsuk twierdzi, iż dawniejsze statystyki tych operacji były niezachęcające.

5. Lewenstern przedstawił naczynia podkolanowe, otrzymane z kończyny dolnej ze zgorzelą palców na tle endoarteriitis obliterans. W przypadku tym L. starał się poprawić odżywienie kończyny przez podwiązanie v. popliteae. Pomimo doraźnej poprawy, w 3 tygodnie później zgorzel zaczęła się posuwać coraz wyżej, tak iż w 6 tygodni po podwiązaniu żyły wykonano amputację uda. Na preparacie widać zamknięcie światła żyły podudzia tylnej i zachowaną drożność żyły przedniej.

W dyskusyi Kryński stwierdza, iż niepomysłny wynik podwiązania żyły był do przewidzenia. Postępowanie to polecił Oppel w przypadkach podwiązania głównego pnia tętniczego, w celu zapobieżenia zgorzeli, a nie w zgorzeli już istniejącej. W przypadku L—a lepiej było spróbować operacji Wieting'a (zespolenie tętniczożyłne).

Sławiński twierdzi, iż zespolenie usuwa przynajmniej bole.

6. Krauze przedstawił preparat kątницы i okrężnicy wstępującej, wyciętej wskutek nowotworu. Operację wykonał dwuczaso (nietypowy Mikulicz), z pomyślnym wynikiem.

7. Leśniowski przedstawił preparat gruźlicy kąticy, mianowicie—gruźlicy zastawki Bauhina, usuniętej na drodze operacyjnej. L. omawia technikę operowania guzów kąticy, opierającą się na danych anatomicznych.

8. W. Dobrowolski omawia przypadek stenosis coli descendens et insufficienciae valvulae Bauhini u młodego (24-letniego) chorego. Objawy kliniczne w danym przypadku były bardzo niejasne i dopiero radiografia (Drozdowicz) umożliwiła bliższe rozpoznanie cierpienia. Dobr. wykonał laparotomię w celu usunięcia zwężenia zstępnicy i znalazł jedynie mocny przyrost sieci do tej kiszki—przyrost oddzielił. Co się tyczy niedomykalności zastawki Bauhina, to D. sądzi, że sprawa ta stoi w związku z nieruchomością kąticy w danym przypadku, o ile są słuszne poglądy Maxa Herz'a, Groedel'a i innych, na omawianą kwestię.

9. L. Zembrzuski odczytał referat o potrzebie stworzenia u nas uzdrowiska dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną i podał w ogólnych zarysach typ szpitala odpowiedniego, mogącego czynić załość wymaganiom współczesnego leczenia gruźlicy chirurgicznej w naszych warunkach. W dyskusyi przemawiali Kijewski Fr., Sawicki, Wł. Stankiewicz i Horodyński.

W. Dobrowolski.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Komitetu im. J. Mianowskiego nagrody konkursowe im. Jakuba Natanson'a przyznane zostały: 1) prof. Zdzisławowi Dmochowskiemu za dzieło: „Dyagnostyka anatomo-patologiczna Cz. II. i 2) drowi Władysławowi Biegańskiemu za dzieło: „Teoria logiki“.

— IV. Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów odbędzie się w New-Yorku w Sierpniu r. 1914. — Jako tematy programowe wyznaczono: 1) Wrzód żołądka i dwunastnicy, 2) Szwy w plastyce chirurgicznej oraz przeszczepianie tkanek i organów, 3) Technika amputacyi.

— Deputacya zamkniętego przez komisję gubernialną Towarzystwa Lekarskiego w Charkowie została przychylnie przyjęta przez p. ministra spraw wewnętrznych, który przyrzekł wyjednać w Senacie cofnięcie rozporządzenia co do zamknięcia, o ile członkowie Towarzystwa zgodzą się na następujące zmiany ustawy: 1) wprowadzone zostaną ograniczenia co do osób postronnych, które będą mogły bywać wyłącznie tylko na publicznych posiedzeniach Towarzystwa, 2) wprowadzony zostanie nowy paragraf, zastrzegający, że do Zarządu Tow., Komisji Gospodarczej i do składu osób zarządzających instytucjami Towarzystwa nie mogą być wybierani żydzi; w przyjmowaniu nowych członków-żydów zaprowadzone zostaną ograniczenia procentowe. Z tego powodu odbyło się nadzwyczajne Zebranie Ogólne Towarzystwa, na którym uchwalono wystąpić o zmianę ustawy, lecz jedynie w kwestiach objętych pierwszym punktem propozycji ministerjalnych.

— Z powodu tej samej sprawy zamknięto Towarzystwo Lekarskie w Twerze za jednogłośnie uchwalenie protestu przeciwko ekspertyzie prof. Sikorskiego, „jako nie mającej żadnego związku z nauką“. — Towarzystwo Lekarzy gub. Samarskiej również z powodu tej ekspertyzy powzięło następującą decyzję: „Towarzystwo sądzi, że ekspertyza prof. Sikorskiego i Kosorotowa nie jest obiektywna, jest nienaukowa i nie zgadza się z prawem. Co się tyczy specjalnie ekspertyzy prof. S., to nie można jej nawet nazwać ekspertyzą; jest to po prostu przytoczenie wszelkiego rodzaju wieści, nie posiadających wartości naukowej. Stronną, bezzasadną i pozbawioną wartości naukowej ekspertyzą prof. Sikorski obniżył wniosłe powołanie profesora i lekarza.“ Gubernator samarski zażądał od prezesa Towarzystwa listy osób, które protest ten podpisały.—W № 46 „Wraczebnój Gazety“ dr. Łobas pod-

daje ostrej krytyce ekspertyzę prof. Kosorotowa i kończy swą krytykę w sposób zjadliwy, mówiąc: „Nie wiem, czy po tej bezprzykładnej ekspertyzie i na jej podstawie zostaną dowiedzione zabójstwa rytualne, lecz to wiem z pewnością, że prof. K. zabił swą reputację naukową i zabił ją podług wszelkich przepisów rytuału.“

— Międzynarodowy system skróceń do notowania wyników badania płuc, zaproponowany w r. 1912 przez prof. Saugmana na X międzynarodowej konferencji przeciwgruźliczej w Rzymie i przyjęty w ostatecznej redakcyi na XI konferencji w Berlinie w r. 1913.

d.	dexter	prawy	Exsp.	expiratio	wydech
s.	sinister	lewy	ves.	vesicularis	pęcherzykowy
a.	anterior	przedni	bronch.	bronchialis	oskrzelowy
p.	posterior	tylny	amph.	amphoricus	dźbanowy
sup.	superior	górny	sacc.	saccatus	przerwany
inf.	inferior	dolny	prolong.	prolongatus	wydłużony
C.	costa	żebro	fort.	fortis	wzmoczony
C ₂ etc.	costa II etc.	żebro II etc.	dim.	diminutus	osłabiony
interc.	spatium inter-costale	przestrzeń międzyżebrowa	RL. **)		rzężenia wielko-bańkowe
Cl.	clavicula	obojczyk	RI. **)		rzężenia średnio-bańkowe
Pap.	papillula mam-mae	brodawka piersiowa	rl. **)		rzężenia drobno-bańkowe
Sp.	spina scapulae	grzebień łopatki	()		słyszalne tylko po kaszlu
Ang.	angulus scapulae	kąt łopatki	(Rl)		rzężenia skąpe średniobańkowe, słyszalne tylko po kaszlu.
1/2 Sc	medio scapulae	środek okolicy podgrzebieniowej	sicc.	siccus	suchy
—	usque ad	do	cons.	consonans	spółdźwięczny
Th.	thorax	klatka piersiowa	crep.	crepitans	trzeszczenie
applan.	applanatus	spłaszczony	subcrep.	subcrepitans	trzeszczenie niewyraźne
dilat.	dilatatus	rozszerzony	craq.		trzeszczący
retard.	retardatus	opóźniony	rh.	rhonchi	rzężenia
Margo	margo pulmonis	brzeg żebra	frict.	frictio	tarcie
mobil.	mobilis	ruchomy	Frem.	fremitus vocalis	drżenie głosu
immobil.	immobilis	nieruchomy	Brph.	bronchophonia	odgłos oskrzelowy mowy
M. *)	mutitio, mutus	stłumienie			
Tymp.	tympanismus	bębница			
Met.	metallia	dźwięk metaliczny			
Resp.	respiratio	oddech			
Insp.	inspiratio	wdech			

*) Wszystkie różnice ilościowe oznacza się zapomocą liczb od 1 do 3; przyczem 1 oznacza stopień najniższy, a 3—najwyższy; np. M₁, M₂, M₃ znaczy stłumienie niewielkie, średnie i silne. Rl₁, Rl₂, Rl₃ rzężenia skąpe, średnie i obfite; dim₁, dim₂, dim₃: lekko, średnio i bardzo osłabiony i t. d.

**) Należy zwracać uwagę na znaczenie liter dużych i małych.

— Przy tak nazwanym „Starym Pawilonie“ szpitala Przemienienia Pańskiego dobudowano nową salę operacyjną dla II oddziału chirurgicznego. Budowę rozpoczęto w październiku roku zeszłego, a dokończono dopiero obecnie. Budowa miała być skończona na sierpień, lecz z powodu braku sił technicznych i murarskich, któreby знаły się na urządzeniach szpitalnych, a oprócz tego z powodu specjalnych właściwości naszego robotnika, roboty trwały tak długo. W czasie budowy trzeba się było targować o okna, wymiary okien, o drzwi, o podłogi, o zachowanie gładkości

drzwi i ścian. o dostateczną liczbę pieców, o rodzaj kafli do pieców, o każdą rurę od wodociągów i gazu, o każdy kran od umywalni, wanny i t. p.

W myśl zasady popierania przedsiębiorstw krajowych, roboty instalacyjne wodociągowe były wykonane przez firmę krajową, która wanny i umywalnie sprowadzała z Anglii. Sterylizację oddano wszechświatowej firmie szwajcarskiej w Bernie Shaerer'a, która urządziła sterylizację w szpitalu Karola i Maryi p. Szlenkierówny i w zakładach prywatnych w Warszawie. Zwracano się do jedynej firmy krajowej (zagraniczne zaś firmy Shaerer'a i Lagne'go zwracały się same), lecz ta firma pomimo obietnicy nie złożyła nawet na termin przez siebie obiecany już nie tylko planów instalacji, lecz nawet ogólnego przybliżonego kosztorysu. Mebli i stołów operacyjnych, którymi dokompletowano dawniejsze umeblowanie, dostarczyła firma „Piotr Jarnuszkiewicz i S-ka“, której wyroby nie ustępują, a w wielu razach przewyższają wyroby firm obcych, Urządzenia do gotowania narzędzi i grzania wody urządziła firma warszawska „Petz“. Nowo dobudowany budynek mieści na parterze laboratorium, gabinet lekarski, salę przygotowawczą i opatrunkową dla kobiet, salę przeznaczoną do nakładania gipsu i operacji u chorych z ropieniami, oprócz tego rozbieralnie pokoi-separatkę dla chorych po cięższych operacjach.

Na pierwszym piętrze znajdują się: pokój opatrunkowy, sala przygotowawcza, pomieszczenie na sterylizację, sala dla operacji czystych i separatka dla chorych po ciężkich operacjach. Na sali operacyjnej, w oknie, dla rozpraszania światła słonecznego, wstawiono szyby ze szkła pryzmatycznego.

Oświetlenie wszędzie elektryczne. Na obu salach operacyjnych zastosowano zupełnie nowy system oświetlania i koncentrowania światła tak, żeby dawało możliwie jak najmniej cieniów. Światło to wprowadzono, podobno zupełnie z dobrym rezultatem, w szpitalu Św. Jerzego w Lipsku. Oprócz tego urządzono reflektory boczne w ścianach do rzucania światła zapomocą ruchomego, na podstawie ruchomej lustra i ustawiono lampy ruchome Nerstla do oświetlania głębokich jam w czasie operacji.

Na każdym piętrze znajduje się wanna do kąpania chorych, przeznaczonych na operację. Nad budynkiem są mansardy, gdzie są mieszkania służby i archiwum-gabinet ordynatora.

Lekarzy na oddziale jest 4-ch: ordynator B. Jakimiak i asystenci kol. Zyg. Grodzki, Józef Mazurek i Stefan Gorazdowski.

Do numeru niniejszego dołącza się: 1) Tablicę rysunków do artykułu dra Bernhardta i 2) Prospekt wydawnictwa „Dzień“.

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

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.

Prenumeratory Gazety Lekarskiej mogą otrzymywać Lwowski Tygodnik Lekarski za cenę zniżoną mianowicie za rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Bonerowska 11, w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohnner. Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 25, rue Vignon.

Administracja (Bracka 23) otwarta w dni powszednie od 11-ej do 3-ej.

Odbito czcionkami „Drukarni Krajowej“ (W. Krawczyński i S-ka) Żelazna 89. Telefon 188-70

PERUOL

Niedrażniające, bezbarwne i bezwonne
Antiscabiosum.

ZABIJA BEZWARUNKOWO SWIERZBOWCE.

Flakony po 1000 i po 250 grm.

Próby i literatura do rozporządzenia pp. lekarzy.

Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Pharm, Abteilung—Berlin S.O. 36.



B-cia Jabłkowscy

Tow. Akcyjne

Dom towarowo - konfekcyjny

Warszawa, Bracka 23.

TOWARY BIAŁE BAWELNIANE I LNIANE,
PRZEŚCIERADŁA, RĘCZNIKI,
ŚCIERKI etc. FLANELA FLANELA
HYGIENICZNA „SECURITAS“, FLA-
NELA ANTIREUMATYCZNA.

KOŁDRY WSZELKIEGO RODZAJU,
KOŁDRY WEŁNIANE BIAŁE HYGIEN.
KOCE LECZNICZE (wyłącznieść fir-
my) FARTUCHY LEKARSKIE, OPA-
TRUNKOWE, PIELĘGNIARSKIE.

Całkowite wyprawy dla szpitali i lecznic.

===== Cenniki i kosztorysy bezpłatnie. =====



Zaburzenia w trawieniu

zgaga, odbijanie, bicie serca, migrena, bezsenność i t. p. dolegliwości, zależne od nieprawidłowej czynności żołądka, ustępują w ciągu kilku dni po użyciu znakomitego

FOSFO-KAKAO

PHOSPHO-CACAO

Najpotężniejszego środka, przyspieszającego wymianę materii i wzmacniającego.

Jedyny pokarm roślinny, zalecany przez wszystkich lekarzy dla małokrwistych, ozdrowieńców osłabionych, neurasteników i wszystkich cierpiących na żołądek, wątrobę lub kiszkę.

Bezpłatnie wysyłamy pudełko na próbę

w Moskwie, Petersburgu, Odesie, Kijowie, Charkowie i Warszawie.

Zarząd: 9 rue Frédéric Bastiat, Paris.

Sprzedaje się we wszystkich aptekach i skład. aptecz

Skład główny: Ludwik Spless i Syn w Warszawie.



GRIES bei BOZEN

Sanatorium.

Zakład leczniczy dla chorych na płuca.

(Założony 1901)

Lekarz naczelny

Dr. V. Malfér.

Prospekty!

Sanatorium St. Pankratius pierwszorzędne uzdrowisko dla chorych płucnych i krtaniowych w najodpowiedniejszej zimowej stacji klimatycznej **Arco** w **Tyrolu południowym**.

W pobliżu jeziora Garda. Jedyny wielki zakład specjalny w Austrii południowej. Leczenie za pomocą **SZTUCZNEJ ODMY PIERSIOWEJ. PRACOWNIA ROENTGENA.**

Sezon od 15 września do końca maja. Prospekty na żądanie bezpłatnie. Lekarz zarządzający **Dr. ROB. PERSCH.**

Pielęgniarki: siostry miłosierdzia Św. Krzyża.

SAN REMO**D-ra Curt Stern'a
Villa Quisisana**

Uzdrowisko dla potrzebujących odpoczynku i dla chorych Lekarz - polak. Prospekty.

Dr Med. **H. GELENDER** z Warszawy

ordynuje do 30 Maja

w SAN REMO (włoska Riviera),

Via Corso Imperatrice № 3.

Zakład Roentgenowski do celów rozpoznawczych i leczniczych
D-rów Drozdowicza i Grudzińskiego

Wspólna za. tel. 258-20. Przyjęcia od 12-tej do 6-tej pp.

Zakład Ortopedyczno-Chirurgiczny i Zanderowski**D-rów W. ŁAPIŃSKIEGO i W. REKLEWSKIEGO**

Aleja Jerozolimska 65, w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p.
Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektryczno-
światelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.Uzdrowisko górskie dla chorych
płucnych na linii Sympolowskiej Szwajcarya francuska
1450 m, nad. p. m. Cały rok otwarte**4 Sanatoria:**

Grand Hotel	} Pensjonat	{	od 13 fr.	
Montblanc			łącznie z	„ 11 „
Chamossaire			lecze-	„ 9 „
Belvédère			niem	„ 12 „

Specyalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną
w połączeniu z leczeniem powietrzem górskim.

Prospekty bezpłatnie.

Dyrekcya

Wydawnictwo „MEDYCyny I KRONIKI LEKARSKIEJ“

**Schematy dyetetyczne
dla użytku lekarzy praktyków**ulożone przez D-rów M. Halperna, A. Landaua, L. Lorentowicza
B. Malewskiego i J. Zawadzkiego.

WYDANIE DRUGIE

TREŚĆ. Dyeta normalna mieszana. Dyeta jarska względna i bezwzględna.
Dyeta mieszana z przewagą jarskiej. Dyety lekko-strawne. Dyeta ochu-
dzająca. Dyeta tucząca.

Cena za 8 bloków Rb. 2 kop. 50, z przesyłką lub za zaliczeniem pocztowem Rb 3 kop. 60.

Do nabycia w Administracji „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“ Niecała 7.

Sok Winogronowy

N. N. Beketowa

Majątek „BOŁGATUR“

Krym, st. poczt. Gurzuf.

Sprzedaż w aptekach, w składach aptecznych i gastronomicznych.

Własne składy: w Petersburgu, Newski 18, tel. 414-05. w Moskwie, Twersk. 55. tel. 450-74
w Charkowie, Sewastopolu, Jalcie, Aluszczie, Gurzufie, Ekaterynosławiu i Ekaterynburgu.

ARHOVIN

Preparat doskonały do kuracyi
wewnętrznej i zewnętrznej ==

Rzeżączki

PROPHYLACTICUM przeciw
rzeżączkowym zapaleniom stawów.

Użyt. wewn. **Capsulae Arhovini** po 0,25,
od 1—2 kaps., 3 do 6 razy dziennie. Do
użytku zewnętrznego: **Arhovini** 1,0—5,0, ol. oliv.
100,0 do iniekcji i tamponów, również
w postaci **bacilli** i **globuli**. **Arhovin** jest
do nabycia we wszystkich aptekach, w ka-
psułkach po 30 i 50 szt. oraz w słoikach
oryginalnych.

PYRENOL

Środek wybitny.

Środek obniżający gorączkę i przeciw-
goścowy, przeciw **Pertussis**, **Asthma**
bronchiale i **Influenzy**.

Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od
0,5—1,0 dla dorosłych, 3 do 4 razy dzien-
nie w proszkach, z mlekiem, a w miksturze
w **Sir. rubi Ideai** lub **Aq. Menthae** lub w
postaci tabletek. **Do nabycia w aptekach.**

Literaturę prosimy żądać od przedstaw.

E. Koch W. Borman,
w Warszawie Chmielna 18.
Goedecke S-ka, Fabr. Chem.
w Lipsku.

Międzynarodowe Sanatorium D-ra Philippi'ego DAVOS DORFF.

Zakład renomowany, pierwszorzędny, w pobliżu
lasu. Dzięki odosobnionemu położeniu nadaje się
również szczególnie do kuracyi letnich.

Prospekty i literatura.



Califig

ORYGINALNY KALIIFORNIJSKI

SYROP FIGOWY

zany specjalnie dla kobiet, dzieci i osób
lub osłabionych.

Wypróbowany
środek przeczyszczający

o przyjemnym smaku, działa szybko
i łagodnie bez szkodliwego wpływu
na organizm. Połączenie czysto ro-
ślinne bez domiesz-
ki substancji che-
micznych lub mine-
ralnych.

„CALIFIG“ jest
dlatego też wska-



P. p. Lekarze otrzymują próby bezpłatnie i fran-
co na każde żądanie.

Sposób użycia przy każdej butelce.

Do nabycia we wszystkich aptekach.

Skład główny w Warszawie: Fr. Karpiński

„ „ w Petersburgu: H. H. Stoll & Schmidt

„ „ w Moskwie: Tow. W. K. Ferrein

„ „ w Odesie: J. Lemme & C-o.

CALIFORNIA FIG SYRUP CO., 86 Clerkenwell Road, London E. C.

JECOROL

znany od lat wielu przetwór, zastępujący w zupełności tran leczniczy.

Syrop Tussol, stosuje się w pediatrii zamiast przykrej w użyciu SIROLINY niemieckiej.

Glycerofosfat ziarnisty

Glycerofosfat z żelazem

Syrypus Thymi cps. zamiast niemieckiej PERTUSSYNY

poleca

== **Laboratorium Chemiczne** ==

Magistra A. BUKOWSKIEGO

□ □ □ □ □ □ □ □ WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 54.

„NEUROLOGIA POLSKA”

DWUMIESIĘCZNIK

poświęcony neuropatologii, psychiatrii i psychologii
 eksperymentalnej

wychodzi w Warszawie pod redakcją

D-ra L. DYDYŃSKIEGO.

Oplata roczna w Warszawie 6 rb., z przesyłką pocztową 7 rb.

Adres Administracyi: ul. Nowowiejska 28.



Naturalne
wody
mineralne

VICHY

Źródła są
własnością
rządu fran-
cuzkiego.

Wystrzegać się naśladownictwa i OZNACZAĆ DOKŁADNIE ŹRÓDŁO.

VICHY CÉLESTINS

CHOROBY NEREK, PĘCHERZA
MOCZOWEGO i ŻOŁĄDKA.

VICHY GRANDE-GRILLE

CHOROBY WĄTROBY
i PĘCHERZYKA ŻOŁ-
CIOWEGO.

VICHY HOPITAL

CHOROBY NARZĄDÓW TRAWIENIA,
ŻOŁĄDKA i KISZEK.

Charbon

Niestrawność
Nerwoból żołądka
wzdęcie jelit
Rozszerzenie
żołądka
Odbijanie.

Gorączki
zakaźne
Biegunki
gwałtowne i gnilne
Zatrucia
wszelkiego
rodzaju

Fraudin

Próby bezpłatnie: W. Hoffman,
Hortensya 3, w Warszawie.

Zwykłe ziarenka 3 do 6 łyżeczek od kawy
na dobę
Laboratorium Fraudin, Paris-Boulogne

Muiracithin**Części
składowe:**

Muira puama, lecytyna, korzeń lukrecyi.

Wskazania:

Niemoc męska pćcio-
wa. Neurastenia i
inne cierpienia sy-
stemu nerwowego.

**Castoreum
Bromid****CASTOREUM BROMID****Weigert**

Sól bromowa musują-
ca z walerjaną i piż-
mem. Lek swoisty
przeciwko wszelkim
nerwicom systemu
krążenia i ośrodko-
wym. ANTIHYSTERICUM,
HYPNOTICUM,
ANTIEPILEPTICUM I
SEDATIVUM. Zaleca-
ny przez powagi (Bins-
wanger—Wiedeń, Eu-
lenburg—Berlin) oraz
przez licznych prakty-
ków miejscowych i za-
granicznych.

Cena $\frac{1}{2}$ fl. rb. 1.25,
 $\frac{1}{1}$ fl. rb. 2.25.

**KACEPE
BALSAM**

Części składowe: Ester mento-
lowy, octowo-salicylowy, ester
etylowy octowo-salicylowy,
lanolina.

Wskazania:

Jako środek kojący ból leczy-
cy wcieranie w dnie, reuma-
tyzmie, rwie kulszowej, mi-
grenie, nerwobólu, zapaleniu
opłucnej i innych bolesnych
dolegliwościach. Znakomity
środek do masażu w przepra-
cowaniu mięśni u sportowców,
daleko skuteczniejszy od czę-
sto używanego, a posiadają-
cego, nieprzyjemny odór este-
ru metylowo-salicylowego
(olejek gaurterjanowy albo
starzeńslany).

**Pożywka
Prof. Soxhlefa**

Dla osesków jako pokarm stały,
dla dzieci starszych i dla do-
rosłych podczas i po chorobach
wyniszczających.

Cukier odżywczy i ulepszony
buljon Liebig'a, w postaci prosz-
ku w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Kakao odżywcze w pudełkach
po $\frac{1}{2}$ kgm.

Cukier żelazisty odżywczy z
0,7% ferrum glycerophosphoric.
w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Kakao żelaziste odżywcze z
10% ferrum oxyd. Sacchar, Sol.;
pudełka po $\frac{1}{2}$ kgm.

Łatwostrawne przetwory że-
laziste odpowiednie w zaniku
i niedokrwistości.

Noridal**Części
składowe:**

chlerek wapnia, jo-
dek wapnia, balsam
peruwiański.

Wskazania:

Cierpienia hemoroi-
dalne, krwawienia,
swędzenie odbytu,
parcie na stolec, ka-
tar proctnicy, wy-
próżnienia bolesne,
pęknięcia i rany w
okolicy odbytu.

Styptase

1,618% Ca 2,5% Extr.
Hamame! 0,1% fluor.
Nieszkodliwy, szybko
działający.

Środek do tamowania
krwi.

bardzo skuteczny przy
wszystkich krwoto-
kach płucnych, krwo-
tokach (Haemoptoe),
macicznych, krwoto-
kach, miesiączkach
krwotokowych, (w
krwawieniach ma-
cicznych po poro-
dach) w okresie prze-
kwitania.

Rp. Tablett. Styptase No. 1 (w oryginalnym opakowaniu).

D. S. 3—5 razy dzien-
nie po 1—3 past.

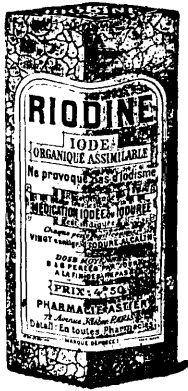
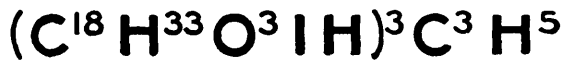
Literatura i próby powyższych środków do rozporządzenia

Kantor preparatów chemicznych **ERNST ALEXANDER**
Berlin SO., Michaelkirchstr. 7, Petersburg, Małaja Koniuszennaja No. 10

Na Król. Pol. S. Rościszewski i J. Kirchmayer, Bracka 6. Warszawa.



RIODINE



JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY

NAWET W DUŻYCH DAWKACH NIE WZBUDZAJĄCY OBAWY POWIKŁAŃ.

STWARDNIENIE TĘTNIC-DNA-GOŚCIEC-
OTYŁOŚĆ-CHOROBY SKÓRNE.

2 do 6 PEREŁEK DZIENNIE POD KONIEC JEDZENIA.

LABORATOIRE: P. ASTIER-45, Rue du Docteur Blanche-PARIS.



skuteczne we wszystkich cierpieniach narządów oddechowych i trawienia, w dnie, katarze żołądka pęcherza. Znakomita dla dzieci, ozdrowieńców i podczas ciąży.

Mentona. Sanatorium Gorbio.

(Riviera francuska. 300 m. nad poziom morza)

Zakład dla chorych na serce, nerwowych, rekonwalescentów i z wadliwą przemianą materii. Fizykalno-dietetyczne leczenie. Chorzy umysłowo i na gruźlicę płuc wylączeni. Główny lekarz D-r BERMAN.

Prospekty wysyła administracja Sanatorium Gorbio près Menton.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

Adres Redakcyi—Żórawia 22, tel. 25-75. Adres Administracyi—Bracka 23 tel. 26-79.

SANATORYUM spec. chor. nerwowych

Dra KUPCZYKA, KRAKÓW, Szujskiego 11

przyjmuje na dłuższy pobyt chorych zniechęconych, starszków i osoby trudne w domowym otoczeniu.—Choroby umysłowe wykluczone.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY

NEUROSINE PRUNIER

(Czyste fosfogliceraty wapna)

PARYŻ, 6, Rue de la Tacherie, 1 W APTERACH.

CASCARA
MIDY

CASCARA
MIDY

*Najtańgodniejszy
najpewniejszy
przeczyszczający
srodek*

PIGUŁKI

CASCARA MIDY

1-2 pigułek przy kolacji

Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami

OBSTRUKCJA

CASCARA
MIDY

CASCARA
MIDY

Próbki: Laboratoire Midy

FOKSAL.13 WARSZAWA

Nowo-Karlsbadzka kuracya i Nowo-karlsbadzkie kryształy **Dr. H. BRACKEBUSCHA**

Zalecane przez PP. Lekarzy w otyłości, dla pobudzenia przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie moczanowej, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej.

Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo
w Aptece **E. Treutlera**

Nowy-Swiat № 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

„Maternité“

Prywatny zakład
AKUSZERYJNO-GINEKOLOGICZNY

Doktorów

Z. Endelmana O. Goldberga
J. Ślaskiego S. Janczewskiego
w Warszawie, ul. Boduena № 5
Opłata dzienna od 2½ do 8 rub.
Informacyi udziela Zarząd.

WZAJEMNA POMOĆ
NATAJSZE UBEZPIECZENIE
WYPŁACA CAŁKOWITE SUMY BEZSPÓRNIC
WARSZAWA, Ś^{to} KRZYŻKA 17, TEL. 18-73

LEKARZ w Białymstoku

poszukuje **ASYSTENTKI**

dobrze obznajmionej z aparatem rentgenowskim. Łaskawe oferty sub. „Rentgen“ „Nowe Biuro Ogłoszeń“, Ś^{to} Krzyska 30.

ANALIZY LEKARSKIE

do celów dyagnostyki

D-r Wacław MAYZEL

b. asystent-histolog Uniw. Warsz.

Wilcza № 47 (róg Wielkiej).

Tel. 56-56.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny D-ra E. REICHSTEINA

w Warszawie Marszałkowska 149, tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

MARSZAŁKOWSKA 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jasielewicz, Natansona, Neugebauera, Reutta, Ryłki, Staniszew-
• • • • • skiego, Thiemego, Tyrchowskiego, Winawera. • • • • •

Przyjmuje za opłatą od 2½ do 8 rb. dziennie.

Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacya. Oświetlenie elektryczne.

PERHYDROL

30%

$H_2 O_2$

bezwzględnie czysta i wolna od kwasu.

Próby i literatura na żądanie.

Woda utleniona w najdogodniejszej postaci.

Najskuteczniejsze oczyszczanie ran za pomocą wody utlenionej.

Natychmiastowo usuwa największy odór z rany.

Najdogodniejszy sposób odemowania przyschniętych opatrunków.

E. MERCK, Darmstadt.

Mentona. Sanatorium Gorbio.

(Riviera francuska. 300 m. nad poz. morza)

Zakład dla chorych na serce, nerwowych, rekonwalescentów i z wadliwą przemianą materii. Fizykalno-dyetyczne leczenie. Chorzy umysłowo i na gruźlicę płuc wyłączeni. Główny lekarz D-r. BERMAN.

Prospekty wysyła administracja Sanatorium Gorbio près Menton.

Zakład Leczniczy dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych i urologicznych D-rów S. Groszlika, R. Hertza i A. Landaua

Warszawa, Mokotowska 41. Telefon 204-86.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Kuchnia dyetyczna. Przy zakładzie znajduje się pracownia do badań klinicznych w najszerszym zakresie.

Meran^{-Obermais} Sanatorium Waldpark

Zakład leczniczy fizykalno - dyetyczny dla chorych na serce, nerwy, dusznicę, zaburzenia przemiany materii i dla zdrowieńców. Prospekty.

Lekarz-kierownik i właściciel zakładu **Dr. M. Bermann.**

Dr Med. **H. GELENDER** z Warszawy
ordynuje do 30 Maja
w SAN REMO (włoska Riviera),
Via Corso Imperatrice № 3.

SAN REMO D-ra Curt Stern'a
Villa Quisisana

Uzdrowisko dla potrzebujących odpoczynku i dla chorych Lekarz - polak. Prospekty.



GRIES bei BOZEN

Sanatorium.

Zakład leczniczy dla chorych na płuca.

(Założony 1901)

Lekarz naczelny

Prospekty!

Dr. V. Malfér.

Sanatorium St. Pankratius pierwszorządne uzdro-
wisko dla chorych płucnych i krtaniowych w najodpowiedniej-
szej zimowej stacji klimatycznej **Arco** w Tyrolu południowym.

W pobliżu jeziora Garda. Jedyny wielki zakład specjalny
w Austrii południowej. Leczenie za pomocą **SZTUCZNEJ**
ODMY PIERSIOWEJ. PRACOWNIA ROENTGENA.

Sezon od 15 września do końca maja. Prospekty na żądanie
bezpłatnie. Lekarz zarządzający **D-r ROB. PERSCH.**

Pielęgniarki: siostry miłosierdzia Św. Krzyża.

Sok Winogronowy **N. N. Beketowa**
Majątek „BOŁGATUR“
Krym, st. poczt. Gurzuf.

Sprzedaż w aptekach, w składach aptecznych i gastronomicznych.

Własne składy: w Petersburgu, Newski 18, tel. 414-05. w Moskwie, Twersk. 35. tel. 530-14
Kijów, Plac Dumski № 4. w Charkowie, Sewastopolu, Jalcie, Aluszczie, Gurzufie, Ekateryno-
sławiu i Ekaterynburgu.

MASAŻYSTA

Wykonywa ściśle zlecenia pp. Le-
karzy: masaż ręczny, wibracyjny
i gorące powietrze, okłady błot-
ne, zabiegi kosmetyczne

ZENON STAWIE

Wspólna № 9.

Telefon 244-26.



Santal Verdy'ego

nieszkodliwy bezwzględnie czysty, o działaniu
leczniczym niezawodnym; leczy radykalnie
i szybko rzeżączki świeże i zastarzałe, oraz
□ □ wszystkie choroby dróg moczowych. □ □

Laboratoires Bernat et Verdeille

20, rue Rambuteau Paris.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach
□ □ □ □ □ □ aptecznych. □ □ □ □ □ □ □

Skład główny L. Koral i Sp. Przejazd 13.

Żądać podpisu.



Naturalne
wody
minerałne

VICHY

Źródła są
własnością
rządu fran-
cuzkiego.

Wystrzegać się naśladownictwa i OZNACZAĆ DOKŁADNIE ŹRÓDŁO.

VICHY CÉLESTINS

CHOROBY NEREK, PĘCHERZA
MOCZOWEGO i ŻOŁĄDKA.

VICHY GRANDE-GRILLE

CHOROBY WĄTROBY
i PĘCHERZYKA ŻOŁ-
CIOWEGO.

VICHY HOPITAL

CHOROBY NARZĄDÓW TRAWIENIA,
ŻOŁĄDKA i KISZEK.

JECOROL

znany od lat wielu przetwórców, zastępujący w zupełności tran leczniczy.

Syrop Tussol, stosuje się w pediatrii zamiast przykrej w użyciu SIROLINY niemieckiej.

Glycerofosfat ziarnisty

Glycerofosfat z żelazem

Syrypus Thymi cps. zamiast niemieckiej PERTUSSYNY
poleca

==== **Laboratorium Chemiczne** ====

Magistra A. BUKOWSKIEGO

□ □ □ □ □ □ □ □ WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 54

Bromglidina

nowy przetwór bromu z białkiem roślinnym, nie drażniący, wolny od działania obocznego i nadzwyczaj skuteczny lek kojący. Przyjemny, w użyciu, zastępuje bromek potasu. Pozwala na długą kurację bromową bez obawy działania obocznego. Wskazania: choroby nerwowe, zwłaszcza histerya, padaczka, neurastenia, nerwica lękowa, nerwoból, płasawica, bóle głowy, bezsenność nerwowa, łagodne objawy neurasteniczne jak: osłabienie, zawrót głowy. Rp. Tabl. Bromglidini w oryginalnem opakowaniu. Dawka: kilka razy dziennie 1—2 tabletek.

Każda tabletką zawiera 0,05 bromu w połączeniu z białkiem roślinnym.

Cena oryginalnego flakonu z 25 tabletkami rub. 1.

□ □ □ □ □ □ □ *Literatura i próby bezpłatnie.* □ □ □ □ □ □ □

FABRYKA CHEMICZNA D-ra VOLKMARA KLOPFERA
DREZNO—LEUBNITZ.

Kantor prepar. chemicznych. St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant: S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6. Telef. 128-46.



ATOXYL

NAJSILNIEJ DZIAŁAJĄCY ZE WSZYSTKICH ORGANICZNYCH ZWIĄZKÓW
ARSZENIKU

Specyfik przeciw chorobie snu

WSKAZANIA:

Niedokrewność, choroby skóry, kiła, gruźlica

TUBERKULINA-TEST

ŚRODEK SŁUŻĄCY DO ROZPOZNAWANIA GRUŻLICY U CZŁOWIEKA
ZA POMOCĄ:

Reakcy ocznej -- Reakcy skórnej -- Reakcy podskórnej

LITERATURĘ FRANCO

Les Établissements POULENC Frères, PARIS

Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13