

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ: Jan Moczulski. I. Spostrzeżenia kliniczne nad wpływem wziewań w niedomodze sercowej Str. 1623. II. Robert Bernhardt. Białaczka skóry. (Dok.). Str. 1628. *Dział sprawozdawczy.* 245. Klippel M. i Weil Mathieu-Pierre. Odczyn aktywowania jadu okularnika; częstość jego w cierpieniach umysłowych; jego wartość dla rokowania w przypadkach bezwładu postępującego i otępienia wczesnego. Str. 1644.—246. Livet, Morel i Puillet. Objaw przedramieniowy (Léri'ego) w chorobach umysłowych. Str. 1645.—247. A. Hoffmann. W sprawie operacji ostrego zapalenia trzustki. Str. 1646. Polemika. Str. 1646. *Wiadomości bieżące.* Str. 1649.

I. Z ODDZIAŁU DOC. DRA MED. WL. JANOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

Spostrzeżenia kliniczne nad wpływem wziewań w niedomodze sercowej.

PODAŁ

Dr Jan Moczulski,
asystent oddziału i asystent dra Herynga.

Sprawa wziewań została, dzięki systemowi Herynga, posunięta znacznie naprzód. Jego termoregulator pozwala na stosowanie wziewań o różnej cieplocie. Nadto zastosowanie termoakumulatora daje możliwość osiągnięcia wziewań gazowych. Nie zastanawiając się tu bliżej nad systemem wziewań Herynga, jako omówionym już wszechstronnie przez samego twórcę, przechodzę od razu do omówienia jego zastosowania do celów leczniczych w niedomodze sercowej. Badania swoje prowadziłem na naszym oddziale, korzystając z aparatu, wypożyczonego nam uprzejmie przez dra Herynga. Stosując się do wskazówek twórcy systemu, starałem się, ażeby rozpylany lek przenikał jak najgłębiej do dróg oddechowych. Chory trzymał w tym celu usta szeroko otwarte na wysokości i w odległości 4-ch palców od wylotu nasadki aparatu. Wdychał lek, trzymając palcami język, mocno wysunięty i owinięty gazą sterylizowaną. Wdech chorego był powolny, głęboki, wy-

dech zaś lekki, krótki. Dawałem jedno wziewanie dziennie, zwykle z 10-u kropel *Trac Strophanti*, rozcieńczonych w 30-u cm sz. wody destylowanej; rzadko dawkę tę zwiększałem.

Temperatury rozpylenia nigdy nie podnosiłem wyżej 40°C, i chory wziewał przy ciśnieniu do $\frac{1}{2}$ Atm.; w wyjątkowych tylko razach podnosiłem ciśnienie w kociołku aparatu do 1 Atm.

Przed rozpoczęciem wziewania notowałem zwykle przez dni kilka: częstość uderzeń tętna, liczbę oddechów chorego, jego diurezę i postępowałem podobnie po każdym wziewaniu. Postaram się lepiej uwydatnić to na przykładach.

Przypadek pierwszy.

Chory D. l. 50, leżał na oddziale z rozpoznaniem „Akinesis cordis. Arteriosclerosis. Emphysema pulmonum. Bronchiolitis“. D. cierpi od dwu lat na duszność, kaszel, ból głowy, bezsenność. Chory nie może leżeć, przeważnie siedzi. Leczy się w szpitalu już z piątym powrotem. Chory nie gorączkuje, oddycha 36 razy na minutę: policzki, wargi, palce ma sine. Stopy obrzęknięte, sine, tętno małe, twarde, równe, 100 na minutę.

Klatka piersiowa beczkowata: granice płuc obniżone; oddech słaby z rozlaniami furczeniami, świstami, wilgotnymi rżeniami, przeważnie u dołu płuc.

Serce przykryte; tony bardzo głuche, czyste. Wątroba się nie wyczuwa, okolica jej nie bolesna.

Mocz mocno nasycony, kwaśny, o ciężarze właściwym 1021, bez białka i cukru, przy ilości dobowej 300 cm sz.

Przez 10 dni chory był na dyecie mlecznej, brał *Infus. Digital.* (1.25/200.0), *Tram Strophanti* (3×5 kropel), które nie przyniosły mu ulgi. Chory prawie stale przesiadywał w łóżku. Tętno uderzało w granicach od 100 do 98 razy na minutę; liczba oddechów trzymała się między 36 i 30 razy na minutę. Dobowa ilość moczu podniosła się w granicach 500 do 700 cm sz. Chory wziął wziewanie z 10 kropel *Trac Strophanti* i wkrótce doznał ulgi: duszność się zmniejszyła, liczba oddechów spadła do 26. Tętno uderzało 94 razy na minutę. Sinica się zmniejszyła. Chory mógł zasnąć spokojnie. Mocz oddał przez dobę 1500 cm sz., znacznie więcej, niż przed wziewaniem (600).

Przez 5 dni chory brał, z przerwą jednodniową, po jednym takim wziewaniu na dobę; był na zwykłej dyecie szpitalnej.

Dobowa ilość moczu stale wzrastała: z 1500 do 2500 cm sz. Przerwa we wziewaniu obniżyła ją z 2000 do 500 cm sz. i dopiero następne wziewanie wyrównało tę cyfrę do 2000. Z powodu krwotoku płucnego wziewania zostały przerwane.

Widzimy tutaj przewagę w działaniu *Trac Strophanti*, podanej przez wziewanie, w porównaniu z podaną wewnątrznie. Przerwa we wziewaniach obniżyła 4-krotnie diurezę, a następne wziewanie wyrównało ją zupełnie.

Drugi przypadek dotyczy chorego, H., l. 63, leżącego na oddziale z rozpoznaniem: „Akinesis cordis. Arteriosclerosis. Emphysema pulmonum. Bronchiolitis“. H. skarży się na kaszel, duszność, szczególnie podczas pracy, ruchu. Choruje kilka tygodni; od tygodnia brzękną nogi; innych chorób nie przechodził.

Chory alkoholik, oddycha 36 razy na minutę; nie gorączkuje.

Tętno twarde, małe, uderza 112 razy. Nos, wargi, policzki, końce palców sine; stopy chłodne, obrzmiałe, sine.

W obudwu jamach opłucnych stwierdzono przez przekłucie próbne płyn przesiękowy.

Tony serca czyste, głuche. Wątroba się nie wyczuwa; okolica jej bolesna przy ucisku. W jamie brzusznej płyn przesiąkowy. Chory oddał przez dobę 480 cm sz. mocno nasyconego moczu, o ciężarze właściwym 1024, bez białka i cukru.

Daliśmy choremu wziewanie z 10 kropli *Trae Strophanti*, zaleciłem *Decoctum cort. Chinae* wewnątrz i zwyczajną dyetę szpitalną.

Następnego dnia chory z przerażeniem zwrócił się do mnie, oznajmiając, iż z niego „się leje“.

Moczu oddał pełny słój (4000 cm sz.).

Chory oddychał spokojnie, 20 razy na minutę, nie odczuwał duszności. Sinica znikła zupełnie. Tętno było pełniejsze, uderzało 96 razy na minutę.

Objawy płynu ze strony opłucnej lewej i brzucha znikły, a ze strony prawej wykazały znaczne zmniejszenie się jego. Obrzęki stóp pozostały bez zmiany.

Chory nie zgodził się na dalsze wziewania, twierdząc, że już po pierwszym z niego „znacznie się leje“. pozostał tylko przy *Decoctum cort. Chinae* i zwyczajnej dyecie.

Po 3-ch dniach znikły objawy płynu i ze strony opłucnej prawej.

Po 10-u dniach obrzęków już nie było wcale.

Ilość dobową moczu wahała się w granicach od 2000 do 1200 cm sz.

Przypadek ten dowodzi nie tylko nadzwyczajnego działania wziewania *Trae Strophanti*, które przeraziło nawet samego chorego do tego stopnia, że uchylił się on od prób dalszych, lecz jeszcze jakby przekonywa nas o trwałości tego działania: chory nie brał żadnego środka sercowego, był na zwykłej dyecie; pomimo tego objawy ustępowały; diureza była zawsze duża i spadała dopiero w miarę zmniejszania się obrzęków.

Moczu było 1200 cm sz. na dobę, gdy obrzęki już znikły zupełnie.

Przypadek trzeci.

„*Stenosis et insufficiens mitralis. Myocarditis. Dyscompensatio cordis.* Chory, lat 46, skarży się na duszność, męczący kaszel, ból głowy, upadek sił, ból w lewej połowie ciała, mdłości, uczucie pełności w brzuchu.

Chory opowiada, że pized 4-ma miesiącami dostał nagle podczas pracy napadu duszności. Po kilku godzinach wypoczynku duszność się zmniejszyła. Chory zaczął kaszlać, upadać na siłach. Od dwu tygodni duszność się zwiększa, stopy brzękną. Chory alkoholik, dobrze zbudowany i odżywiony, oddycha 36 razy na minutę. Tętno nierówne, drobne, trudne do obliczenia. Nos, wargi, końce palców sine. Krzyż, golenie, stopy obrzękłe. Płuca rozedmowe. Oddech słaby z rozłany-mi świstami, furczeniami, wilgotnemi rżeniami. Nad płucem prawem u dołu słumienie. Oddech, głos i drżenie klatki piersiowej osłabione. Serce przykryte, tony głuche, nierówne, z wyraźnym szmerem poskruczowym. Wątroba znacznie powiększona, twarda, mało bolesna. Chęłbotanie w brzuchu wyraźne.

Chory nie gorączkuje, oddaje mało moczu: 300 cm sz. na dobę. Mocz mocno nasycony, kwaśny, o ciężarze właściwym 1023, bez białka, cukru.

Po wziewaniu *Trae Strophanti sinica*, duszność się zmniejszyła. Chory oddychał 26 razy na minutę. Diureza się nie powiększyła. Choremu zaleciłem *Digitalis*, *Diuretinum* i dyetę mleczną.

Chory już następnego dnia zaczął doznawać rozpierania w brzuchu, mdłości, oddychał do 86 razy na minutę. Obrzęki zaczęły się powiększać. Tętno było drobne, nierówne, zaledwie wyczuwalne. Diureza dochodziła do 800 cm sz. na dobę.

Po trzech dniach wystąpiły wymioty, moszna obrzękła, chory stawał się niespokojnym.

Usunąłem środki sercowe i dałem wziewanie z 30 kropeł *Trae Strophanti*.

Chory się uspokoił, wymioty, mdłości ustały, duszność się zmniejszyła, liczba oddechów wynosiła 28 na minutę. Diureza podniosła się do 200 cm sz. na dobę.

Mocz był błądy, o ciężarze właściwym 1010, białka cukru nie zawierał.

Chory brał codziennie po jednym takim wziewaniu i pozostawał na zwyczajnej dyecie.

Po drugim wziewaniu diureza wynosiła 2200 cm sz. moczu na dobę. Tętno było pełniejsze, nierówne, uderzało 100 razy na minutę. Liczba oddechów trzymała się na 28.

Następne porcje dobowe moczu wykazywały cyfry: 2100 i 2000 cm sz.

Obrzęki zmniejszały się stopniowo i po dwu tygodniach już ich nie było.

Działalność serca się poprawiła: wystąpiły wyraźne dwa szmery. Wątroba znacznie się zmniejszyła, bolesność znikła zupełnie. Chełbotania w brzuchu nie było. W płucach pozostało znacznie mniej wilgotnych rzeżeń, furczeń, świstów. Słuchanie nad płucem prawem znikło.

Chory wziął razem 10 wziewań *Trae Strophanti*.

Wziewanie 10 kropeł *Trae Strophanti* nie zwiększyło w tym przypadku diurezy, która się podniosła (do 800 cm sz.), po zastosowaniu środków sercowych wewnątrznie i mlecznej diety; dopiero powiększenie dawki wziewalnej *Trae Strophanti* do 30 kropeł powiększyło diurezę, wzmocniło działalność serca.

Przypadek czwarty.

„Emphysemia pulmonum. Bronchiolitis. Akinesis cordis“.

Chory, l. 54, od dwu tygodni cierpi na duszność, kaszel, upadek sił. Od trzech dni duszność znacznie się powiększyła.

Chory umiarkowanie zbudowany i odżywiony, nie gorączkuje. Tętno twarde, równe, uderza 120 razy na minutę. Liczba oddechów wynosi 30 na minutę. Sinica nosa, warg, palców wyraźna. Obrzęków niema. Płuca rozedmowe, w dolnych płatach dużo rzeżeń wilgotnych. Serce prawie przykryte; tony czyste, głuche. Wątroba nie wyczuwalna i nie bolesna. W brzuchu zmian nie znaleziono.

Moczu 800 cm sz. na dobę, był on kwaśny, o ciężarze właściwym 1018, bez białka, cukru.

Chory pozostawał na dyecie zwykłej i brał codziennie po jednym wziewaniu z 10-u kropeł *Trae Strophanti*.

W dwie godziny po pierwszym wziewaniu liczba uderzeń tętna spadła do 100, liczba oddechów do 26 na minutę. Następnego dnia sinica się zmniejszyła, a na trzeci dzień, to jest po zastosowaniu dwu wziewań, znikła zupełnie. Duszność więcej się zmniejszyła. Chory oddychał równo, 24 razy na minutę. Tętno spadło do 90 uderzeń na minutę, stało się pełniejszym.

Na ilość wydzielanego moczu wziewania nie okazywały wyraźnego wpływu.

W tym przypadku po dwukrotnem zastosowaniu wziewania *Trae Strophanti* sinica znikła zupełnie, a więc nastąpiło wyrównanie działalności serca, które wyraziło się w zmniejszeniu liczby oddechów, a pogłębieniu fal oddechowych, we wzmacnieniu tętna.

Przypadek piąty.

„Neoplasma in mediastino anteriore. Akinesis cordis“.

Byłem nagle wezwany na salę jakoby do umierającego chorego.

Znalazłem chorego, 19 lat, usadzonego na fotelu, który zaledwie szepsem zdołał do mnie przemówić, że mu bardzo ciężko, brak powietrza, że umiara.

Głowa pochylona ku przodowi, oczy przymknięte, twarz bladolina, wargi ciemnosine, obrzmiałe, palce, stopy sine, chłodne. Chory był bez tętna, oddychał wolno, bardzo powierzchownie, z przerwami długimi.

Rozkazałem natychmiast dwu posługaczom szpitalnym przenieść chorego, nie zmieniając pozycji, do aparatu, sam zaś zająłem się przygotowaniem do wstrzyknięcia strofantyny do żyły.

Usadawiłem chorego przy aparacie tak, że usta jego znajdowały się przy wylocie nasadki, i przy ciśnieniu 1 Atm puściłem w ruch aparat. Do wziewania wzięłem 10 kropli *Trae Strophanti* na 30 cm sz. wody destylowej. Chory siedział z przymkniętymi oczami, ze spuszczoną głową.

Jeden z posługaczy przytrzymywał głowę, ja zaś trzymałem przez gazę język chorego, który wyciągnąłem palcami z nawpół otwartej jamy ustnej i silnie wyciągnąłem na zewnątrz.

Język i cała śluzówka jamy ustnej były ciemnosine. Ustawiłem jamę ustną chorego wprost i przy wylocie nasadki aparatu i poleciwszy posługaczowi trzymać głowę w nadanej pozycji, odkręciłem kran i natychmiast palce tej ręki ułożyłem na przebiegu tętnicy promieniowej chorego. Strumień rozpylenia pod dużym ciśnieniem przedarł się do jamy ustnej. Chory jakby nieco odżył, nieco westchnął i stopniowo zaczął pogłębiać swoje wdechy. Upłynęło zaledwie 35 sekund, jak podczas głębszego wdechu momentalnie nastąpiło ustępowanie sinicy z języka, warg, śluzówki jamy ustnej. Miało ono kierunek od obwodu ku środkowi. Trzymałem język i odnosiłem wrażenie, jakby była ściągana zasłona, poza którą występowało żywe zaróżowienie tkanek.

Upłynęło z 15 sekund, chory, zaróżowiony na wargach, policzkach otworzył oczy, spojrzał wzrokiem wesołym, trzymał sam głowę, podziękowawszy za pomoc.

W miarę zaróżowienia się języka, śluzówki, odczuwać poczęłem uderzenia tętna pod palcami i po minucie, po skończonem wziewaniu, naliczyłem 132 uderzenia na minutę. Tętno było nierówne.

Chory sam, bez pomocy, wrócił na salę, położył się do łóżka i zasnął natychmiast snem głębokim. Oczywiście, wstrzyknięcia strofantyny zaniechałem.

W godzinę po wziewaniu naliczyłem 100 uderzeń tętna na minutę. Było ono równe, średniego napętnienia.

Przypadek ten poucza, że i w niedomodze serca tak wysokiego stopnia wziewanie *Trae Strophanti* zdołało bardzo szybko (w minutę) wyrównać działalność serca, wracając siły choremu, wywołując sen głęboki.

Zachęca to do stosowania wziewań *Trae Strophanti* nawet w ciężkich przypadkach niedomogi sercowej.

Nie przypuszczam, ażebym mógł otrzymać w tak szybkim czasie podobne działanie środka sercowego, zastosowanego nawet śródżylnie (strofantyna). Przytoczeniem tych kilku przypadków kończę omawianie strony klinicznej działania wziewań *Trae Strophanti* w niedomodze sercowej i przechodzę do wykazania ich wpływu na ciśnienie krwi.

Posilkowałem się głównie metodą wysłuchową, którą u nas na oddziale kol. Ettinger szeroko opracował i której wyniki w roku 1907-ym drukiem ogłosił.

Otrzymane cyfry, po dokładnem rozpatrzeniu się w nich, upoważniają mnie do postawienia wniosku, iż we wszystkich przypadkach, w których wziewania *Trae Strophanti* wpływały dodatnio na ogólny stan chorych, na po-

większenie się dobowej ilości moczu, znikanie obrzęków, usuwanie się sini-cy,—stwierdzić można niewątpliwie mniej lub więcej znaczne powiększenie ciśnienia tętna (P. D).

Ten przyrost ciśnienia wahał się w granicach od 10 do 30 mm. słupa rtęci w manometrze Riva—Rocci i występował zawsze kosztem zmniejszenia się ciśnienia rozkurczowego (Mnm).

Widzimy więc, że:

1) *Tra Strophanti* i przez drogi oddechowe może wpływać dodatnio na wyrównanie się serca w jego niedomodze.

2) Niekiedy jedno wziewanie *Trae Strophanti* już poprawiało działalność serca w niedomodze.

3) Niekiedy względnie małą dawką tego środka (10 kropel) osiągało się wyrównanie działalności serca, co przemawiać może za wyższością stosowania tego leku przez drogi oddechowe.

4) Przypadek nadzwyczaj szybkiego wyrównania się działalności serca po wziewaniu *Trae Strophanti* nasuwa przypuszczenie, że podanie środka przez drogi oddechowe może niekiedy działać szybciej od środków, podanych nawet dożylnie.

5) Sama metoda jest łatwa do wykonania, bywa dobrze znoszona, wprowadza względnie mało lekarstwa do organizmu, nie krępuje diety.

6) Co do ciśnienia krwi, wziewania *Trae strophanti* wywierały na jego zmianę wpływ wyraźny, powiększając zwykle ciśnienie tętna przez obniżanie prawie wyłącznie ciśnienia rozkurczowego.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. T. Heryng. Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani. Rozdział: O nowych metodach i nowych aparatach inhalacyjnych. Warszawa r. 1905. 2. Dr T Heryng. Aparaty inhalacyjne Dra Herynga (Warszawa). 3. Dr T. Heryng. Ueber Inhalationstherapie. Klin.-therap. Wochenschrift r. 1908, № 31. 4. Dr Witold Ettlinger. Wysłuchowa metoda określania ciśnienia i wartość jej praktyczna. Odbitka z „Medycyny“ r. 1907.

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB SKÓRNYCH W SZPITALU ŚW. LAZARZA W WARSZAWIE.

BIĄŁACZKA SKÓRY.

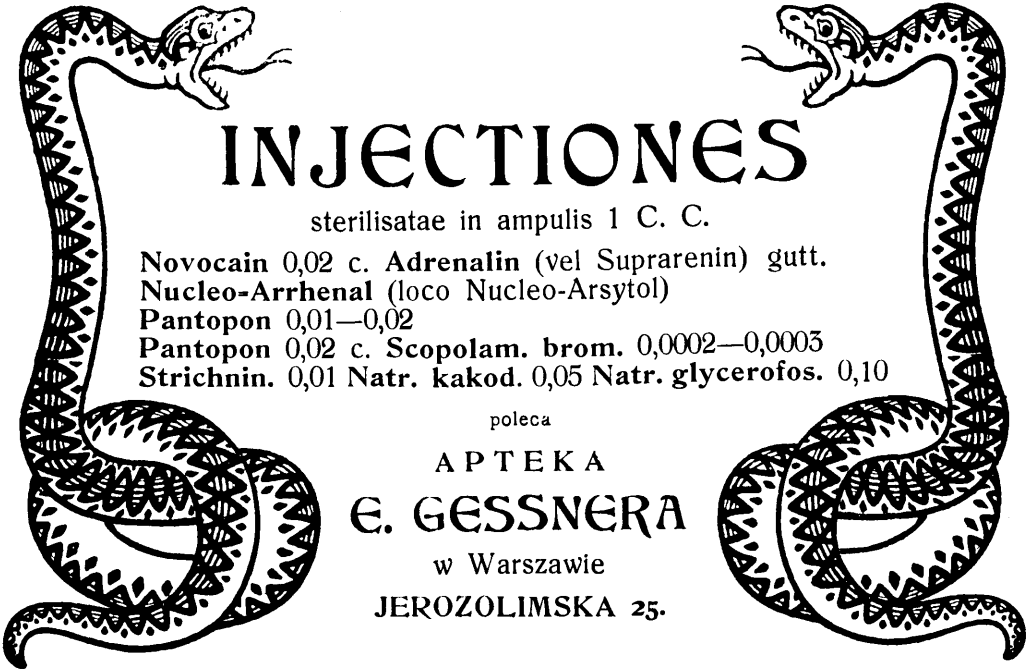
PODAŁ

Dr Robert Bernhardt,

ordynator oddziału.

(Dokończenie — Patrz № 50).

Jak widać z powyższego, na ogólną liczbę 7-u spostrzeżeń mieliśmy dwa razy do czynienia z białaczką gruczolową (*leucaemia lymphatica*), pięć



INJECTIONES

sterilisatae in ampulis 1 C. C.

Novocain 0,02 c. Adrenalin (vel Suprarenin) gutt.

Nucleo-Arrhenal (loco Nucleo-Arsytol)

Pantopon 0,01—0,02

Pantopon 0,02 c. Scopolam. brom. 0,0002—0,0003

Strichnin. 0,01 Natr. kakod. 0,05 Natr. glycerofos. 0,10

poleca

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie

JEROZOLIMSKA 25.



Farina Lactea Magistri Klave.

Zawiera skondensowane mleko, mąkę bananową, owsianą i jęczmienną, sole fosforowe i t. p.

Posiada wybitne własności odżywcze, jest łatwostrawna i smaczna.

Odżywka dla osób każdego wieku.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.



WINO VIALA

RACYONALNE WINO TONICZNE.

CHINA, SOK MIĘSNY I MLEKOFOSFORAN WAPNIA.

Wino Viala łączy w sobie czynne zasady fosforanu wapnia, chinu 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 3.

RADIUM

Preparaty gwarantowane, niezawierające mesotorium, zaopatrzone w świadectwo zakładu państwowego fizyczno-technicznego, do odstąpienia za cenę istotnej wartości. Oferty pod F O M 721 przyjmuje RUDOLF MOSSE—Berlin S. W: 19.

„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.
Informacji udziela Zarząd.

Zakład Lecznicy

dla przychodzących z chorobami
żołądka i kiszek

D-ra Tadeusza Wilczyńskiego

Aleja Jerozolimska 35
telef. 282-25.

Przyjęcia od 9—10 rano
od 1—3 i od 6—7 po poł.



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Do nabycia we wszystkich aptekach.

zaś z t. zw. białaczką wrzekomą (*pseudoleucaemia*). Przypadek I zaliczam do białaczki gruczolowej. Wprawdzie, początkowo krew ujawniała tylko zmiany, cechujące względną limfocytozę, w późniejszym jednak przebiegu skład krwi stale i stopniowo się zmieniał w kierunku limfocytozy bezwzględnej, wykazując przy ostatnim badaniu (7. VI. 1909 r.) stosunek białych do czerwonych ciałek 1:65 przy ogólnej liczbie 54000 białych i przy 84% limfocytozy (porównaj tablicę). Zaznaczyć jednak trzeba, iż podział omawianych spraw chorobnych na białaczkowe i wrzekomobiałaczkowe dziś uważać należy za mało uzasadniony. Przedewszystkiem bowiem znacznie ograniczono dawniejsze pojęcie białaczki wrzekomej przez wyodrębnienie *lymphosarcomatosis* (Kundrat) i *lymphogranulomatosis* Paltauf-Sternberga. Pozatem badania hematologiczne ostatnich czasów udowodniły, iż pomiędzy białaczką rzeczywistą a wrzekomą nie ma różnicy zasadniczej—jakościowej, istnieją zaś jedynie różnice ilościowe, wyrażające się w ten sposób, iż w pierwszej znajdujemy bezwzględną, w drugiej zaś względną limfocytozę. Jeżeli następnie weźmiemy na uwagę, że w obu szeregach przypadków symptomatologia jest identyczna, zmiany makroskopowe i mikroskopowe jednakie i że znane i stwierdzone są przejścia białaczki wrzekomej w rzeczywistą (Askanazy, Banti, Pinkus, patrz też moje spostrzeżenie pierwsze), to staje się rzeczą zrozumiałą, iż białaczkę wrzekomą należy uważać rozwojowo za wstępny a leukemiczny (subleukemiczny) okres białaczki.

Wychodząc z takiego założenia, nie będę w niniejszem rozważaniu moich spostrzeżeń zasadniczo odróżniał białaczki wrzekomej od rzeczywistej, a to tem bardziej, że w obu razach zmiany dermatologiczne są zupełnie też same. Drobne różnice i właściwości zaznaczę jednak we właściwem miejscu. Otóż zmiany skóry podzielić można na dwie grupy.

Pierwsza obejmuje twory guzowate (t. zw. guzy białaczkowe), które, jak podają autorzy, najczęściej się zdarzają w białaczce rzeczywistej i tutaj zazwyczaj występują *d'emblée*, a najchętniej umiejscawiają się na twarzy, mianowicie w okolicy brwi, na nosie, policzkach, wargach ust, brodzie i muszlach usznych. Lokalizacja jednak na tułowie i kończynach bynajmniej nie należy do rzadkości. Są to guzy śródskórne i podskórne od wielkości ziarna konopnego do jaja kurzego, przesuwalne wraz ze skórą, przeważnie niebolesne i nie powodujące swędzenia. Posiadają małą skłonność do owrzodzenia.

Druga o wiele obszerniejsza grupa obejmuje bardziej rozlane, niekiedy zaś uogólnione zmiany skóry typu erytrodermii, wyglądem zbliżone do *dermatitis exfoliativa* Wilson-Brocq lub, co częściej, przebiegające pod postacią zbliżoną do (*pityriasis rubra Hebrae*). Towarzyszyć im zwykło swędzenie. Takie erytrodermie spotykamy zwykle w białaczce wrzekomej.

Do tej też grupy zaliczamy mniej więcej rozległe i swędzące nacieki skóry, gładkie lub łuszczące się, niekiedy o wyglądzie pryszczycy suchej lub pęcherzykowej i moknącej, niekiedy znowu występujące pod postacią placków do łuszczycy podobnych (*erythrodermia psoriatiformis*), czasem zaś przypominające zmiany syfistyczne (Heinrich).

Tutaj też należą osutki rumieniowe, pokrzywkowe, grudkowe o typie

świerzbіączki (*prurigo*) i t. p. *leukaemides* (Audry) lub *prurigo lymphadenica* (Buschke).

Wreszcie wspomnieć jeszcze należy o ogólnych zaburzeniach w rozmieszczeniu barwika skóry, wydzielaniu potu i t. p.

Prawie wszystkie przytoczone zmiany skóry w białaczkach są specyficzne. Tylko w t. zw. leukemidach wysuwa się na pierwszy plan pierwiastek zapalny. Zaznaczyć jednak trzeba, że i tutaj dokładne badania drobnowidowe wykazały, iż pod pęcherzykiem lub grudką mieścić się mogą nacieki swoiste. Przykładem tego są poszukiwania Dubreuilh'a, który w grudce świerzbіączkowej (*prurigo lymphadenica*) wykrył ogniska limfocytów w głębokich warstwach skóry i w tkance podskórnej dookoła kłębków gruczołów potowych.

Jak widać z powyższego, zmiany białaczkowe skóry odznaczają się wielką różnorodnością i rzadko też zdarza się, może jeszcze najczęściej przy guzach, że w danym przypadku występuje tylko jeden typ tych zmian. Przeważnie zaś spotykamy różne kombinacje typów, co naturalnie pociąga za sobą wielopostaciowość zmian skórnych w każdym poszczególnym spostrzeżeniu klinicznym. Ta wielopostaciowość, posiadająca niemałe znaczenie rozpoznawcze, jest bardzo charakterystyczna dla białaczki skóry. Uwidocznia się też ona w moich wyżej podanych przypadkach, w których zmiany białaczkowe skóry występowały pod następującymi postaciami:

I. Guzy białaczkowe.

Twory te w czystej postaci spostrzegałem w przypadku VI (białaczka limfatyczna). Miały one kształt płaskich guzków półkulistych, wielkości od ziarnka grochu do monety 5-kopiejkowej. Znikały samoistnie z pozostawieniem jakby zanikowych zmian skóry. Niektóre guzki ulegały wessaniu w części środkowej, następstwem czego było powstawanie wykwitów kolistych. W tym też przypadku mieliśmy do czynienia z rozlanem guzowatym nacieczeniem skóry obu muszli usznych tak głębokiem w jednym miejscu, iż miałem wrażenie, że naciek sięga ochrzęstnej, a może i w niej się umiejscowia. Nad tym naciekiem skóra nie była zaczerwieniona. W innych przypadkach guzowate twory niemal wyłącznie występowały na tle skóry zmienionej, posiadającej zazwyczaj wygląd erytrodermii. Były to, z wyjątkiem spostrzeżenia I. (*leukaemia lymphat.*) przypadki białaczki subleukemicznej (wrzekomej). W spostrzeżeniu I. mieliśmy typowe umiejscowienie nacieków i guzów białaczkowych na twarzy (okolica brwi, nos, wargę górną, policzek, uszy), obok licznych guzów śródskórnych i podskórnych głównie na kończynach. Zwłaszcza charakterystyczne były guzy na muszlach usznych. Na prawej muszli guz okrągły wielkości jaja gołębiego był złożony jakby z pojedynczych ognisk, na lewej zaś guzki do wielkości pestki wiśniowej były paciorkowato ułożone wzdłuż brzegu zewnętrznego muszli oraz na płtku usznym. Poza tem na kończynach znajdowały się guzy śródskórne i podskórne, na wewnętrznej zaś powierzchni ud—dosyć rozległe nacieki guzowate. Takież nacieki (*tumeurs en nappes*) spotykałem też w przypadku II., gdzie mieściły się symetrycznie na wewnętrznych powierzchniach obu goleni, oraz w przypadku IV na udach i w okolicy krętarzy wielkich. Pojedynczo rozsiane po kończynach półkuliste

lub bardziej płaskie guzki grudkowate w białacze subleukemicznej (patrz przyp. II i IV) ulegały takiemuż samoistnemu wessaniu, jak i też w białacze limfatycznej (przyp. VI).

Szczególłą uwagę pragnąłbym zwrócić na rozrosty i guzy brodawkowe, tak często w moich przypadkach spostrzegane zarówno przy leukemicznym, jak pseudoleukemicznym składzie krwi (patrz I, II, III, IV i VII). Rzecz się przedstawiała w sposób następujący. Na powierzchniach grzbietowych palców rąk i nóg, na grzbietach stóp, w okolicach napięstkowych i kostkowych na tle skóry erytrodermicznej, rzadziej pozornie zdrowej (przyp. VII) powstawały liczne drobne rozrosty brodawkowe. Najdrobniejsze były wysokości 0,25—0,50 mm i miały barwę brudnoszarą lub brunatnąwą. Większe sięgały wysokości 1 go, rzadziej 2-u mm. Te były ciemnoróżowe, czerwone u nasady, zaś brudnobrunatne, najczęściej brudnozielonkawe w zrogowaciałej części wierzchołkowej. Miejscami np. na palcach stóp rozrosty te były gęsto rozsiane na większych powierzchniach, nadając skórze wygląd jaszczurowatej (*chagrinée*). Miejscami znowu skupiały się one w grupy, tworzące okrągłe placki do 1-go cm średnicy. Takie twory spostrzegałem głównie na grzbietach stóp, w okolicy kostek i czasem w dolnej $\frac{1}{4}$ goleni. W plackach „brodaweczki“ były szczególnie gęsto usadzone i wysokie (1—2 mm). Ich brudnozielonkawa barwa nadawała ten koloryt całej grupie w stopniu jeszcze intensywniejszym, wskutek czego wysepki te szczególnie wyraźnie odcinały się od czerwono-sinego tła schorzałej skóry.

Dalszym stopniem rozwoju tych rozrostów brodawkowych są widocznie twory wielce przypominające pospolite brodawczaki (*papilloma*). Wielkość ich wahała się od łebka szpilki do 10 kop. monety srebrnej. Mieściły się głównie na tułowiu (brzuch, gruczoły piersiowe, plecy), stosunkowo rzadziej na kończynach (napięstek, pośladki, ramiona, fałda pachowa, okolica kostkowa). Tutaj (napięstek, kostki) brodawczaki częstokroć siedziały wśród wyżej opisanych rozrostów brodawkowych, co wskazywać się zdaje na przejście tych ostatnich w pierwsze.

Następnym etapem w ewolucji tych tworów zdają się być guzy, opisane w spostrzeżeniu I i II. Były to guzy wielkości od ziarnka bobu do orzecha włoskiego, a nawet jaja kurzego, kształtu półkulistego, szeroką podstawą siedzące na schorzałej skórze. Siegały tkanki podskórnej, co też można było stwierdzić przez badanie drobnowidowe. Guzy były twarde i niebolesne, czasem tylko nieco wrażliwe na ucisk. Powierzchnia ich była nierówna, pokryta rozrostami brodawkowatymi barwy brudnoszarej. Guzy takie znajdowałem w okolicy kostek, na goleniach, w jamce podkolanowej, na pośladkach, na plecach. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że ani klinicznie ani mikroskopowo nie sposób przeprowadzić ściślejszej granicy pomiędzy mniejszymi guzami a większymi brodawczakami. Przejście jednych w drugie odbywa się zupełnie nieuchwytnie tak, iż staje się rzeczą prawie pewną, że guzy tworzą się z brodawczaków drogą ich stopniowego rozrostu. Można to było spostrzegać zwłaszcza w przypadku I-szym (patrz plecy). Przypuścić jeszcze można, że guzy niekiedy powstają z wyż. opisanych placków („wysepek“)

brodawkowych. Tego jednak przez kliniczne spostrzeżenie stwierdzić nie mogłem. Przemawiać zatem mogłoby jedynie umiejscowienie, częstokroć identyczne dla placków i guzów (okolica kostkowa, dolna $\frac{1}{4}$ goleni).

Tak więc wydaje mi się rzeczą oczywistą, że wzmiankowane guzy biorą swój początek w rozrostach brodawkowych przechodząc przez fazę brodawczaków. O bezpośredniej zaś przynależności tych wszystkich tworów do sprawy białaczkowej przekonały mię badania drobnowidowe, które wykryły w nich tylko zmiany ilościowo różne, wykazały zaś jakościowo identyczne.

Dodać jeszcze muszę, że zarówno pojedyncze rozrosty brodawkowe, jak też i całe placki („wysepki“), a również mniejsze brodawczaki mogą znikać zupełnie samoistnie. Nie mogę jednak tego powiedzieć o większych guzach. Przeciwnie, te rosną stale, choć bardzo wolno i nawet łączą się ze sobą, tworząc figury biskoptowe (przyp. II). Na jeden szczegół zwrócę też jeszcze uwagę: guzy nigdy nie podlegały owrzodzeniu, brodawczaków zaś nigdy nie spostrzegałem na twarzy i głowie — ulubionem umiejscowieniu brodawczaków pospolitych.

Jeżeli szczegółowiej omówiłem sprawę rozrostów brodawkowych, placków i guzów, to uczyniłem to dlatego, że w dostępnym mi piśmieniu nie znalazłem podobnych opisów. A jednak takie zmiany widocznie zdarzać się mogą nie rzadko. Ja przynajmniej w 7 spostrzeżeniach spotykałem się z nimi 5 razy. Sądzę też, że poszerzają one dermatologiczną symptomatologię białaczki i odegrać mogą rolę jako czynnik rozpoznawczy. Tak np. w spostrzeżeniu VII, które klinicznie nie łatwe było do ujęcia, rozpoznałem białaczkę na zasadzie obecności wzmiankowanych tworów brodawkowych. Badanie krwi rozpoznanie to zupełnie potwierdziło.

Na zakończenie rzeczy o guzach białaczkowych wspomnieć mi jeszcze wypada o częstym umiejscowieniu nacieków guzowatych w brodawce sutkowej, przeważnie w obrębie otoczki barwikowej. Zazwyczaj wyczuwamy tutaj dosyć głębokie twarde niebolesne nacieczenie, złożone jakby z oddzielnych różnej wielkości guzków. Całość nacieku wyraźnie wznosi się ponad otoczenie. Zmiany takie spotykałem zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (spostrz. I, II, IV i V). Zdaje się, że nie należą one do wyjątków, choć w piśmiennictwie mówi się o nich wogóle rzadko. O podobnym umiejscowieniu wspomina Pfeiffer w przypadku białaczki subleukemicznej.

II. *Erythrodermiae*.

Do często spotykanych białaczkowych zmian skóry zdają się należeć owe mniej lub więcej rozprzestrzenione, częstokroć uogólnione łuszczące się zaczerwienienia skóry, które zazwyczaj określamy ogólnem mianem erytrodermii¹⁾. W moim materiale klinicznym zmiany takie spostrzegałem 5 razy, mianowicie: w przyp. I, II, III, IV i VII. W 4 przypadkach mieliśmy do czy-

¹⁾ Proszę wybaczyć stałe używanie tego makaronizmu, a nawet czynienie z niego odnośnego przymiotnika. Polskie słownictwo dermatologiczne nie posiada bowiem odpowiedniego rzeczownika na określenie tego rodzaju stanów skóry. Należałoby je opisać całem zdaniem, co wydaje mi się niepraktycznem i nie odpowiadajacem wymogom stylu.

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, pischzańskie i t. p.

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

FERRATYNA

(FERRATIN).

jako „naturalne pożywienie żelaziste” wskazana i zalecana w

Niedokrwistości, Blednicy, Osłabieniu ogólnem

i w okresie

Wyzdrawiania.

Żelazo zawarte w ferratynie (około 6% związanego organicznie) łatwo wchłania się, wskutek tego zażywa się istotnie na poprawę własności krwi. Ferratyna nie wywiera działania szkodliwego ani na zęby, ani na przewód żołądkowo-kiszkowy i pobudza łaknienie.

Oryginalne fiaskietki po 25 gr. (w proszku albo w 100 tabletkach po 0,25 gr).

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

GLYCEROPHOSPHATE ^{Granule} ROBIN

jedyny przyswajalny fosforan, wzmacniający system nerwowy.
Neurastenia, przemęczenie umysłowe, krzywica, słaby kościec, wzrost
dzieci, ciąża i t. p.

NUCLEATOL ROBIN

Nukleofosforan wapna i sodu pochodzenia roślinnego.
Wyczerpanie, neurastenia, żoły, limfatyzm, charłactwo, bronchit prze-
wlekły.

PEPTO-KOLA ROBIN

glicerofosfat, kola i pepton. Preparat wzmacniający, konserwujący siły.
Neurastenia, zmęczenie fizyczne i umysłowe, rekonwalescencya, cu-
krzyca, białkomocz.

PEPTONATE _{DE} FER ROBIN

prawdziwa sól żelazista, zupełnie przyswajalna.
Niedokrwistość, żółtaczka i osłabienie od nich zależne. Pobudza od-
żywianie i nigdy nie wywołuje zaparcia.

IODONE ROBIN

peptonat jodu zupełnie przyswajalny.
Arterioskleroza, syfilis, gościec, dna, astma. Leczenie racjonalne
rozedmy płucnej.

BROMONE ROBIN

fizyologiczne racjonalne połączenie bromu z peptonem.
Środek swoisty w cierpieniach nerwowych i w bezsenności nerwowej.
Zastępuje skutecznie sole bromu i nie wywołuje zatrucia.

LABORATORYUM ROBINA,
13 rue de Poissy, PARYŻ.

Flakony próbne wysyła pp. Lekarzom przedstawiciel dla Cesarstwa i Królestwa
Władysław Hoffman, Warszawa, Hortensya 3.

nienia z białaczką subleukemiczną, w jednym zaś (I spostrz.) białaczka subleukemiczna stopniowo przechodziła w limfatyczną. W 2 przypadkach erytrodermia była uogólniona (I, II), w pozostałych częściowa.

Uogólnione erytrodermie, zwłaszcza przypadek I, wyglądem swym wielce przypominały ten obraz kliniczny, który nazywamy *pityriasis rubra Hebrae*. Trudno jednak zaprzeczyć, iż te erytrodermie pod niektórymi względami nie zupełnie odpowiadały klasycznemu obrazowi *pityriasis rubra*, że wymienię tylko brak typowych zmian paznokci i brak zaniku skóry z tak charakterystyczną dla tej sprawy retrakcją w okolicach stawowych (porównaj też przyp. Nicolau'a). Z drugiej znowu strony, jeżeli uprzytomnimy sobie, że i w moich spostrzeżeniach występowały objawy zaniku skóry (plecy, mostek, dłonie, podszewy, skronie) i że istniała (przyp. I) względna retrakcja w okolicy stawów kolanowych (wprawdzie bez zaniku skóry), na twarzy zaś *ectropium* (I i II), to mimowoli dojdziemy do wniosku, iż podobieństwo do *pityriasis rubra Hebrae* ma w danym razie zupełnie usprawiedliwione podstawy. W piśmiennictwie zaś nie brak przykładów białczkowych erytrodermii, przebiegających pod wzmiankowaną postacią.

Tutaj należy przypadek A. Elzenberga, opisany jako *pityriasis rubra universalis (Hebrae)* z typowymi dla tego obrazu zmianami (patrz. Jadassohn). Skóra miejscami była zgrubiała i popękana. Łuszczenie otrębowate, a tylko na dłoniach, piętach i palcach łuski były większe. Utrata włosów. Wszystkie gruczoły chłonne bardzo znacznie powiększone. Zastoinowe obrzęki wskutek ucisku powiększonych gruczołów na pnie żyłne. Wątroba i śledziona powiększone. Badanie krwi wykazuje powiększenie liczby białych ciałek (więcej niż 10 w polu widzenia).

W przypadku Petera bez badania krwi — cała skóra była różowosinawa, łuszczenie otrębowate. Włosy na głowie i w pachach, brwi, rzęsy wypadły. Gruczoły chłonne, wątroba i śledziona powiększone.

Spostrzeżenie Nicolau'a wielce przypomina moje własne przypadki, zwłaszcza zaś I. Skóra całej powierzchni ciała posiada barwę głębokoczerwoną, na goleniach z odcieniem brunatnawym. Jest ona nieco zgrubiała, nacieczona, twardawa i sucha. Łuszczy się otrębowato. Większe łuski tylko na goleniach. Utrata włosów, swędzenie. Gruczoły chłonne, śledziona i migdałki powiększone. Krew subleukemiczna (względna limfocytoza) bez eozynofilii. Nicolau podnosi podobieństwo do *pityriasis rubra Hebrae* i dla analogicznych stanów skóry proponuje nazwę: „*Exanthème exfoliant universel pseudo-leucémique*“.

Również typowy jest przypadek II Linsera. Zmiany rozpoczęły się w zgięciach łokciowych, tutaj początkowo posiadały wygląd pryszczycy. Później zaczerwienienie stopniowo rozprzestrzeniło się na całe ciało. Skóra obrzękła i nacieczona. Objawy retrakcji (*Schrumpfungserscheinungen*). Łuski otrębowate, występują jednak i większe. Gruczoły chłonne i śledziona powiększone. Krew białczkowa 1:80, limfocytoza 94 % przy 2 % eozynofilii.

W przypadku Waelsch'a skóra była barwy ciemnoczerwonej i łuszczyła się b. obficie. Gruczoły chłonne powiększone.

Ostatnio Wolters podał spostrzeżenie (I-sze), które widocznie też należy do tutaj omawianych spraw. Uogólniona swędząca erythrodermia. Skóra nieco nacieczona i twardawa, pokryta większymi łuskami. Na głowie łuszczenie otrębowate. Utrata włosów. W późniejszym okresie powstał na prawej głowie placek wielkości dłoni łuszczący się i swędzący, na którym mieściły się dwa półkuliste guzeczki wielkości połowy pestki wiśniowej. Śledziona wyraźnie powiększona. Gruczoły chłonne bez widocznych zmian. Podbiałaczkowy stan krwi. Badań drobnowidowych, niestety, nie przedsięwzięto.

W spostrzeżeniu S. Wielowieyskiego i Wł. Kopytowskiego, dotyczącem 65 letniego mężczyzny, wszystkie gruczoły chłonne były powiększone w stopniu znacznym, pojedyncze zaś sięgały wielkości jaja gołębiego. Górna granica wątroby znajdowała się na 3-ciem żebrze. Czy jednak przypadek ten również należy do omawianej kategorii, trudno dziś orzec wobec braku badania krwi tem bardziej, że rozbiór zwłok nie dostarczył danych w tym kierunku.

Do tej grupy zazwyczaj też zaliczany bywa przypadek Wassermann'a, na który powołuje się Nicolau. Spostrzeżenie to jednak, mojem zdaniem, zasadniczo się różni od podobnych, gdyż brak mu tak kardynalnego objawu jak erythrodermia. Swędzenia nie notowano. Śledziona oraz badaniu dostępne gruczoły chłonne nie były powiększone. Badanie krwi wykryło ciężką niedokrwistość: poikilocytozę, normoblasty, nieco megaloblastów, pozatem nieznaczna leukocytozę obok wyraźnej limfocytozy (stan subleukemiczny). Przy rozbiórce zwłok znaleziono tylko powiększenie gruczołów chłonnych pozaozoficznych, które tworzyły pakiety do wielkości pięści, drobnowidowo zaś wykryto tutaj zwykły rozrost (*hyperplasia*) tkanki limfatycznej. W skórze nie było właściwych limfomatów.

Sądzę, że pomimo podbiałaczkowego stanu krwi i zmian gruczołów chłonnych nic nas nie zniewała, przynajmniej z dermatologicznego punktu widzenia, do zaliczenia tego spostrzeżenia do białaczkowych zmian skóry, a tem bardziej do zaszeregowania go do grupy erythrodermii białaczkowych. Skłonny jestem mniemać wraz z Pinkusem, że w danym razie mieliśmy raczej do czynienia z grzybicą guzowatą (*mycosis fungoides, stadium praemycoticum*¹⁾). Co się zaś jeszcze tyczy częstokroć przez autorów cytowanego przypadku Notthafft'a, to muszę tu przypomnieć, iż Paltauf na zasadzie analizy tego spostrzeżenia wypowiada się za rozpoznaniem *lymphogranulomatosis*²⁾.

¹⁾ Patrz niżej.

²⁾ Już po ukończeniu niniejszej pracy zjawiał się w Archiv f. D. u S. CXVIII artykuł O. Sachs'a „Zur Pathologie d. generalisierten exfoliativen Erythrodermien“. Rzecz dotyczy 53-let. mężczyzny ze zmianami skóry, przypominającemi pityriasis rubra Hebrae i z formułą subleukemiczną krwi obok 10 — 15 % eozynofili. Badanie zwłok wykryło w niektórych gruczołach chłonnych objawy zapalnego rozrostu (*hyperplasia*), w innych zaś zserowacenie gruczoliste. Laseczników Kocha oraz ziarn Mucha'y nie wykryto. Dodać też muszę, że wyniki drobnowidowego badania skóry znacznie się różnią od wyżej

Widzimy zatem, iż w białaczce — przeważnie we wrzekomej, jednak i przy rzeczywistej (Linser II spostrzeżenie, moje I-sze) występować mogą uogólnione luszczące się erytrodermie, częstokroć posiadające wszelkie cechy kliniczne tego stanu skóry, jaki nazywamy *pityriasis rubra Hebrae*. Niektóre z tych spostrzeżeń, zwłaszcza dawniejsze były też pod tem mianem opisane, np. wyżej przytoczony przypadek Elzenberga, który Jadassohn w swojej znanej monografii o *pityriasis rubra (Hebrae)* przytacza jako typowy. W nowszych jednak czasach, głównie dzięki dokładniejszym badaniom hematologicznym, przypadki takie podlegają zgola innemu oświeceniu i za przynależnością wielu z nich do białaczki przemawia coraz więcej głosów. Wyjaśniło się też, że *pityriasis rubra Hebrae* nie jest etyologicznie ściśle określoną jednostką chorobową, a raczej objawozbiorem, występować mogącym — jako odczyn skóry — pod wpływem różnych ogólnych przyczyn.

Do nich prócz białaczki dziś już zaliczyć możemy grzybicę guzowatą oraz gruźlicę, w których również powstawać mogą uogólnione erytrodermie z wyraźnymi klinicznymi cechami *pityriasis rubrae* lecz z odmiennem dla każdej z tych chorób swoistem podłożem anatomicznem. Przykładu dla gruźlicy dostarcza przekonujące spostrzeżenie Bruxsgaard'a, który wykrył w skórze typowe gruźelki z komórkami olbrzymimi i pałeczkami Kocha. Tutaj też widocznie należy przypadek Wertheim — Fingera, drobnowidowo badany przez Jadassohn'a. Co się zaś tyczy grzybicy guzowatej, to odsyłam czytelnika do świetnej monografii R. Paltauf'a (w podręczniku Mračka), tutaj zaś chciałbym tylko wspomnieć o własnym odnośnym przypadku, który ostatnimi czasy spostrzegałem. Rzecz dotyczy 60-letniej kobiety, którą poraz pierwszy widziałem w lecie 1899 r. Wówczas stwierdziłem klasyczny obraz *pityriasis rubra Hebrae*, odpowiadający temu, co się jako typ podaje w podręcznikach. Z gruczołów chłonnych tylko pachwinowe były nieco powiększone. Swędzenie dosyć silne. Cierpienie trwa 10 — 12 lat. Okazało się też, że chora leżała już w klinikach berlińskich i wiedeńskich, gdzie rozpoznawano *pityriasis rubra Hebrae*, o czem świadczyły listy, w które chorą zaopatrzone *ad usum medici*. Chorą tę spostrzegałem około 6-u miesięcy, lecząc ją objawowo. W 1900 r. chora zapisała się do naszego szpitala na oddział d-ra X. Watraszewskiego z typowymi guzami — przeważnie owrzodziałymi: *mycosis fungoides*.

W danym więc przypadku należy określić *pityriasis rubra Hebrae* jako stadium *praemycoticum* grzybicy guzowatej.

Pozostaje mi jeszcze do omówienia sprawa erytrodermii częściowej (przyp. III, IV i VII). W tych spostrzeżeniach zmiany erytrodermiczne mieściły się na kończynach, układając się na ogół dosyć symetrycznie. Tylko

przeze mnie podanych. Nie sędzę też, aby w danym razie gruźlica gruczołów chłonnych koniecznie miała być uważaną za zjawisko pierwotne. Mogła ona również dobrze wystąpić jako powikłanie w przebiegu już istniejącej białaczki rzekomej—okoliczność, na którą sam autor słuszną zwraca uwagę.

w przyp. IV dawniej widocznie zajęta była też i okolica krzyża. Zmiany skóry miały charakter rozlany erytrodermii, figurowych zaś tutaj nigdy nie widziałem. Przejście w zdrową skórę rzadko odbywało się stopniowo. Zazwyczaj zmieniona skóra odcinała się od zdrowej linią wyraźną, jednak nie wzniesioną. W obrębie przestrzeni erytrodermicznych skóra była nieco nacieczona, zwłaszcza na goleniach, nieraz napięta lecz nie obrzmiała. Miejscami wyraźnie występowała *lichenisatio*, zwłaszcza na wyprostnych powierzchniach przedramion i goleni — zjawisko notowane również przy erytrodermii uogólnionej (przyp. II). Skóra była sucha, pokryta łuską mniej więcej obfitą, przeważnie drobną, łatwo usuwalną. Objawów spryszczenia (pęcherzyki, sączenie, strupy), nigdy tutaj nie spostrzegałem. Swędzenie było przeważnie b. umiarkowane.

Że na tak zaczerwienionej skórze wytwarzały się rozrosty brodawkowate, guzy śródskórne i podskórne, a także nacieki guzowate, o tem wspominałem we właściwym miejscu. Sądzę też, iż opisywane erytrodermie podlegać mogą częściowemu wessaniu, nadając skórze charakter zanikowej. Wtedy wygląda ona jak zmięta bibułka do papierosów, barwa zaś skóry w tem miejscu bywa zazwyczaj ciemnoczerwona, czerwonosinawa (okolice krzyża, górne odcinki pośladków, spostrz. IV).

Przynależności częściowych erytrodermii do białaczkowych zmian skóry stwierdzić mogłem przez badanie drobnowidowe (patrz wyż.). Zresztą obrazy takie różni badacze częstokroć opisują w swoich spostrzeżeniach, określając je jako pryszczycowate (podobieństwo do suchej łuszczącej się pryszczycy). Dla przykładu przytoczę tylko spostrzeżenie III Pinkusa.

III. Nacieki białaczkowe łuszczycowate (*erythrodermia leucaemica psoriatiformis*).

Nacieki białaczkowe, wyglądem przypominające łuszczycę, spostrzegałem w przypadku II, V i VII. W postaci czystej występowały one tylko w przypadku V, w VII zaś obok erytrodermii częściowej, w II znowu w przebiegu uogólnionej erytrodermii. Mieściły się te nacieki na twarzy (przyp. II), tułowi i kończynach, — głównie jednak na tułowiu (V i VII). Na kończynach zdradzały predylekcyę do powierzchni zginaczy włącznie z dlonią (w przeciwieństwie do łuszczycy pospolitej). Głowa była wolna. Pojedyncze placki miały kształt okrągły lub owalny. Przy połączeniu się takich placków tworzyły się figury policykliczne. Tylko w spostrzeżeniu VII kształt placka był zupełnie nieprawidłowy, gdyż jedna połowa odgraniczona była liniami łukowatymi, druga zaś zębatymi. Kółek nie widywałem. Placki były jużto ostro odgraniczone od otaczającej zdrowej skóry. jużto przechodziły w nią stopniowo (II p.), wogóle zaś były nieco wzniesione ponad otoczenie. Barwa ich była ciemnoczerwona do sinoczerwonej, powierzchnia równa albo też zlekka guzowata. Niektóre wykwity były zupełnie gładkie, inne znowu pokryte dosyć obfitą szarobiaławą nie mocno przylegającą łuską, po której usunięciu nie występowało krwawienie punkcikowate. Te placki zdradzały szczególne podobieństwo do łuszczycy. Wskutek rozrostu i zlewania się poszczególnych placków powstawały większe przestrzenie zaczerwienionej i łuszczącej się skóry (przyp. V), wyglądem wielce przypominające stany

erythrodermiczne. W spostrzeżeniu II (twarz i uszy) przejście takie odbyło się podczas długotrwałego pobytu chorego na oddziale.

Powyższym zmianom towarzyszyło swędzenie typu zarówno dziennego jak i nocnego, częstokroć tak intensywne, że pozbawiało snu (prz. II).

Analogiczne spostrzeżenia można też znaleźć w piśmiennictwie omawiającego przedmiotu. Tak w V przyp. Nékam'a (białaczka limfatyczna) obok guzów rozsianych pojedynczo lub ułożonych w grupy i łuki znajdowały się też na lewej goleni placki do wielkości 5 — 6 cm, ostro odgraniczone, łuszczące się i swędzące, które miejscami zlewały się ze sobą, tworząc rysunek policykliczny. Podobne zmiany opisuje też Jordan w białaczce wrzekomej. Tutaj placki mieściły się na tułowiu i kończynach, miały kształt okrągły i do sięgały wielkości rubla srebrnego. Były one barwy ciemnoczerwonej, twarde, nieco wzniesione, gładkie i suche. Swędzenie wystąpiło w późniejszym przebiegu choroby i było widocznie słabe. Zaznaczyć jednak muszę, iż wyniki badania hematologicznego nie przemawiają za rozpoznaniem białaczki wrzekomej. Przy normalnej liczbie krwinek czerwonych istniała wyraźna leukopenia (3000 białych) przy stosunku czerwonych do białych 1718:1. Względnej limfocytozy nie było (14—18%), przeciwnie możnaby powiedzieć, że istniała pewna tendencja do neutrofili (85%) przy 2% eozynofili. Zachodzi zatem pytanie, czy w danym przypadku nie należałoby raczej rozpoznawać *lymphogranulomatosis* tem bardziej, że chory gorączkował (36,8°—37,1° z rana, wieczorem 38,8°—40,5°). Pamiętać też należałoby o syfilisie (Wassermann niepewny, placki wessaly się pod wpływem KJ, 12 wcierań z 2 gr. oraz 35 zastrzyknięć z 1% *Natri arsenici*).

Do grupy tej należy też widocznie spostrzeżenie Heinrich'a (I) z wykwitami łuszczycowatymi, ułożonymi łukowato w kształcie girland (piersi, brzuch), barwy czerwono-brunatnej, ostro odgraniczone lub też stopniowo przechodzące w otoczenie. Wyglądem przypominały *syphilis cutanea tarda serpinginosa psoriatiformis* (dla takich wykwitów H. proponuje nazwę *erythrodermia psoriatiformis*). Poza tem rozlane zmiany skóry przedramion i goleni barwy ciemnobrunatnej, łuszczące się, pryszczycowate („eczematös“). Miejscami *lichenisatio*. Liczne twory guzowate. Krew ujawniła formułę białaczki limfatycznej. Wassermann +. Objawy skórne zginęły pod wpływem KJ, jednego zastrzyknięcia 606 i 1-go zastrzyknięcia arsenofenyloglyzyny. Czy i jaki udział przypisać należy przymiotowi, jeżeli nie w powstawaniu, to być może w szczególnem ułożeniu wykwitów na brzuchu i piersiach, tego pytania tutaj rozpatrywać nie będę.

W II. przypadku Heinrich'a, dotyczącym białaczki wrzekomej, wykwity łuszczycowate dosyć ostro odgraniczone, płaskie, przeważnie gładkie, po części zaś guzeczkwate porożsiewane były po całym ciele, nie wyłączając twarzy.

Wreszcie wspomnieć jeszcze muszę o spostrzeżeniu Nanta'y, dotyczącem 35-letniej kobiety z białaczką limfatyczną i porażeniem połowiczem pochodzenia widocznie syfilitycznego. Okrągłe placki 1—5 cm średnicy, umiarkowanie nacieczone mieściły się na twarzy, tułowiu, a głównie kończynach,

Pokryte były b. obfitą łuską, po której usunięciu nie występowało krwawienie punkcikowate. Swędzenia nie było. Te zmiany skóry Nanta określa jako *erythrodermia en plaques psoriasiformis*. Leczenie swoiste, przeprowadzone z racyi porażenia połowiczego, nie wywarło prawie żadnego wpływu na placki, które tylko trochę przybladły (wcierania, zastrzykiwanie olejku szarego, 606).

IV. Zmiany włosów i paznokci.

Utrata włosów należy do częstych zjawisk w omawianych zmianach chorobnych. Tak np. w spostrzeżeniu I. wyłysienie wszędzie było doszczętne. W niektórych razach owłosienie głowy i brody było dobrze zachowane, gdy pod pachami, na spojeniu łonowem, na mostku utrata włosów była niemal zupełna. W spostrzeżeniu VI włosy na głowie były wogóle rzadkie i łatwo wychodziły, prócz tego jednak w części potylicowej wytworzyły się 2 symetryczne placki *alopeciae areatae*. Zaznaczyć jeszcze trzeba, że w miejscach erytrodermicznych—na przedramionach i goleniach—włosy bywały zazwyczaj b. rzadkie i częstokroć ułamane przy samej skórze.

Zmiany paznokci w moich spostrzeżeniach należą do reguły. Zazwyczaj paznokcie były mętne, barwy brudnoszarawej, szarozółtawej z podłużnemi brózdami lub też z jameczkami, znacznie zgrubiałe, kruche, łamliwe. Niekiedy spostrzegałem *leukonychiam*, częstokroć — *hyperkeratosis subungualis*.

V. Zmiany ogólne.

Z tej kategorii zaburzeń spostrzegałem nadmierne zabarwienie skóry (*hyperpigmentatio*) w przypadku II. oraz bardzo obfite wydzielanie potu w przyp. V.

Zabarwienie skóry było b. intensywne, wzmagające się z biegiem czasu i przypominające spostrzegane przy chorobie Adissona. Wystąpiło ono jeszcze przed stosowaniem arszeniku. Czy w danym razie istniały nacieki w nadnerczach lub też były powiększone gruczoły pozaotrzewne, uciskające nerw współczulny brzuszny, trudno przesądzać wobec braku badania pośmiertnego.

Nadmierne pocenie występowało na głowie, twarzy, szczególnie jednak w pachach. Przy wzruszeniach, np. podczas badania chorego, z miejsc tych pot ściekał dosłownie strumieniami. Dłonie i stopy nie pocily się ponad normę.

Co się tyczy wyników badań histopatologicznych, to sędzę, iż nie wymagają one szczegółowego omówienia. Są one co do istoty jednakie we wszystkich badanych przezemnie preparatach i w ogólnych zarysach zupełnie zgodne z opisami innych autorów. Tutaj pragnąłbym tylko zwrócić uwagę na następujące szczegóły. Budowa białaczkowych guzów i nacieków guzowatych zasadniczo nie różni się od wyżej szczegółowo opisanych guzów brodawkowych. I tu i tam istotę guza stanowi skupienie ognisk limfatycznych, poczęści zlewających się ze sobą i sięgających głęboko, niemal do tkanki

podskórnej. Różnica polega tylko na braku w jednym przypadku, a występowaniu w drugim t. zw. rozrostów brodawkowych. Czemu przypisać należy to zjawisko, nie mogłem dociec z moich preparatów. Że czynnik zapalny nie mógł tutaj wchodzić w grę, o tem zdają się świadczyć nader słabo wyrażone zapalne objawy w warstwie brodawkowej nad guzami brodawkowymi. Objawy te możnaby raczej uważać za zjawiska następce, gdyż takie rozrosty brodawkowe bądź co bądź łatwo podlegają różnym wpływom mechanicznym (tarcie i t. p.). Jedno jednak wynika z moich badań, a to mianowicie fakt, iż guzy brodawkowe powstają z brodawek i brodawczaków drogą stopniowego rozrostu. Budowa w obu razach jest też sama, różnice tylko ilościowe.

W sprawie erytrodermii uogólnionych i częściowych należy zauważyć, iż wyżej przytoczone opisy moich preparatów zdają się świadczyć, że zmiany anatomiczne były zupełnie analogiczne we wszystkich odnośnych spostrzeżeniach. Różnice jakie zachodzą — przeważnie ilościowe — zależą li tylko od stopnia napięcia sprawy chorobowej. Pierwotne zmiany powstają jako nacieczenie przynaczyniowe i dokolanaczyniowe. Stopniowo powiększają się one do rozmiarów ognisk limfatycznych (istne mikrolimfomaty), które znowu łącząc się i zlewając, tworzą mniej więcej rozległe jednolite nacieki skóry. W tem miejscu muszę jeszcze poruszyć kwestyę komórek eozynochłonnych w naciekach erytrodermicznych. W spostrzeżeniu I-szem komórek tych prawie że nie było, w II zaś występowały one względnie licznie, przypadki zaś III i IV zajmowały miejsce pośrednie. Wyraźnie jednak zaznaczyć trzeba, że liczba ich wogóle była nikła w porównaniu z limfocytami, stanowiącymi o charakterze zmian histopatologicznych. Komórki eozynochłonne znajdowały się też nie tylko w naciekach ¹⁾, lecz też i w tkance łącznej skóry, pomiędzy naciekami położonej. Liczba ich bynajmniej nie była w stosunku prostym do eozynofilii krwi. Przeciwnie, w przyp. I, gdzie komórek eozynochłonnych było w skórze b. niewiele, eozynofilia krwi sięga 7 0/0, w spostrz. zaś II, III i IV mieliśmy 4 0/0 przy stosunkowo większej eozynofilii skóry (patrz tablicę). Jak objaśnić tę eozynofilię i od czego ona zależy, dotychczas nie wiemy. Spostrzeżono tylko, że zjawisko to częściej ma miejsce w białaczkach wrzeczomych niż rzeczywistych, najchętniej jednak występuje widocznie w zmianach erytrodermicznych. Spostrzeżenia moje pogląd ten potwierdzają. Nadmienić jednak trzeba, że eozynofilię również często spostrzegać można też i w erytrodermiach niebiałaczkowych (zwłaszcza *mycosis fungoides*), a także w innych cierpieniach skóry, rozprzestrzenionych na znacznych powierzchniach (np. eczema).

Erytrodermie łuszczycowate, w których nieraz spostrzegamy dosyć rozległe i zlewające się ogniska oraz nacieki w głębszych warstwach skóry (głównie dookoła i w sąsiedztwie gruczołów potowych), zdają się zajmować jakby miejsce pośrednie pomiędzy guzem a zwykłą erytrodermią białaczkową.

¹⁾ W guzach właściwych komórek tych nie było.

Sposzczenie		Hb.	Czerw.	Biale	Stosunek	Neutrofile	Limfocyty		Przejsiowe	Eozyno- chlonne	Tuczne
							male	duze			
I	Aleksandra K.										
	15 VII 1907	84	3,700,000	6,500	1:570	28	23	42	5	2	—
							65				
	22 XI 1907	85	4,500,000	11,000	1:400	25	49	17	2	7	—
							66				
	12 I 1908	80	4,960,000	17,800	1:278	19	69	4	2	6	—
II							73				
	10 XI 1908	70	3,900,000	36,200	1:108	10	74	7	2	7	—
							81				
	7 VI 1909	60	3,500,000	54,000	1:65	8	72	12	3	5	—
							84				
	Kelman K. . .	86	4,200,000	10,000	1:420	38,5	39	13,50	5	4	—
III							52,50				
	Zofja R. . .	85	4,000,000	12,000	1:330	36	45	12	3	4	—
IV							57				
	Piotr S. . .	95	4,687,500	8,800	1:532	40	16	37	3	4	—
V							53				
	Stanisław S. .	90	4,750,000	20,000	1:237	37	43	13,5	3,5	3	—
VI							56,5				
	Anna P. . .	62	3,800,000	62,000	1:61	14,5	68,5	11,5	4,5	1	—
VII							80				
	R.	90	5,010,000	16,000	1:312	28,4	36,3	23,3	3	7,7	1,3
							59,6				

Jak widać, objawy białaczkowe skóry odznaczają się niezmierną różnorodnością, łączy je jednak w całość podłoże anatomiczne --*id est* wspólnota zmian histopatologicznych. Jest to okoliczność tem donioślejszego znaczenia, że w każdym poszczególnym przypadku objawy skóry różnej kategorii zazwyczaj kombinują się ze sobą, powodując już wyżej zaznaczoną wielopostaciowość osutek skórnych. Pod tym względem białaczka skóry stoi w jednym szeregu z gruźlicą, syfili-
sem, trądem, grzybicą guzową i innymi ogólnymi chorobami ludzkiego ustroju. Jednakże z żadną chorobą nie łączy ją tyle analogii, co właśnie z grzybicą guzową. Dotyczy to zarówno strony klinicznej, jak i hematologicznej, o wiele mniej zaś histopatologicznej.

===== Srebro koloidalne elektryczne =====

ELEKTRARGOL posiada przewagę nad srebrem koloidalnym chemicznym pod następującymi względami: Ziarenka są nadzwyczaj rozpuszczalne i działają zawsze jednakowo, odznaczają się bezwzględną czystością, najwyższą siłą katalityczną i najsilniejszym działaniem fizyologicznym i leczniczym.

Flakony po 100 c. c. Płyn do "oczu w kroplomierzach po 10 c. c.

Z żądaniem prób i literatury należy zwracać się
do d-ra med. WAITZ'A, dyrektora technicznego pracowni Clin'a
MOSKWA — Pasaż Dżamgarowych 33.

Preparat arsenowy Ehrlich'a - Chata № 606.

wprowadziliśmy do handlu pod nazwą, prawem zastrzeżoną:

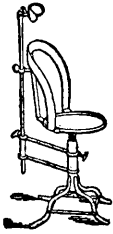
„SALVARSAN“

M. L. B. Hoechst.

(Przygotowanie salwarsanu odbywa się pod kontrolą Radcy Tajnego profesora dra P. Ehrlich'a).

Wskutek wadliwej fabrykacji preparatu arsenowego Ehrlicha i nieumiejętnego napełniania ampulek mogą powstawać produkty o silnych własnościach trujących, wielce niebezpieczne dla życia chorego. Dla tego też wypuszczamy tylko taki salwarsan, którego działanie, jadowitość, rozpuszczalność i barwa zostały wypróbowane przez prof. Ehrlich'a, i który okazał się pod każdym względem bez zarzutu. Jedynie stosując oryginalny preparat z powyższą nazwą „**Salvarsan**“ z wydrukowaną na etykiecie czerwoną podobizną podpisu prof. Ehrlich'a i z kolejnym numerem kontroli, lekarz może być pewny, że otrzymał środek, skontrolowany przez samego wynalazcę i uznany za czysty i bezpieczny.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Hoechst nad Menem.



Modele ostatniej doby.

Stoły operacyjne patentowane,

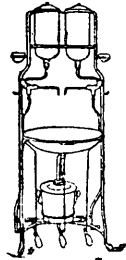
Szafy do narzędzi,

Irygatory i umywalnie,

Nosze i Leżaki,

Łóżka szpitalne i porodowe,

Kompletne urządzenia **szpitali**,



sal operacyjnych, sanatoryjów i gabinetów lekarskich.

POLECA

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

Konrad, Jarnuszkiewicz i S^{ka}

FABRYKI: **WARSZAWA** Ciepła № 12.
Grzybowska № 25.

Składy fabryczne:

WARSZAWA PETERSBURG

MOSKWA

CHARKÓW

Grzybowska 19.

Morska 28.

Wielka Łubianka 2: T-wo Ponomarew i Ryżow

Katalogi ilustrowane bezpłatnie.

SANGUINAL KREWEL CUM KREOSOT

Sanguinal Krewel cum Guajacol. carbonic.

w pigułkach po 0,05 g. i 0,10 g. Kreosot wzg. Guajac. carb.

bardzo skuteczny, wygodny i przyjemny sposób stosowania kreosotu i guajakolu bez żadnego działania ubocznego, od wielu lat stosowany ze znakomitą skutkiem w zółkach, w początkowych okresach suchot, w gruźlicy w zakładach leczniczych i praktyce prywatnej.

Dla pp. lekarzy próby i literatura darmo i franko.

KREWEL & Co. G. m. fab. chem., Kolonia-Bayenthal.
b. H.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę, gub. połud.-zachód., Centr. Rosyę
Kaukaz—Dom Handlowy: S. ROŚCISZEWSKI, Warszawa, Bracka 6.

Stojąc na stanowisku zupełnej odrębności *mycosis fungoides*, nie mogę jednak zaprzeczyć, że analogie te w niektórych razach sięgają b. daleko i nastroczają nie mało trudności rozpoznawczych. Wystarczy uprzytomnić sobie niezmierną różnorodność obrazów klinicznych w grzybicy guzowatej, zwłaszcza w okresie przedguzowym (premykotycznym), aby sprawę tę zrozumieć i należycie ocenić. Sądono, że badania hematologiczne zdołają usunąć te trudności przez ustalenie formuły krwi dla grzybicy guzowatej. Nadzieje te jednak zawiodły. Okazało się bowiem, że w niektórych przypadkach *mycosis fungoides* skład krwi bywa zupełnie prawidłowy, w innych znowu notowano leukocytozę wielojądrową (*polynukleosis*), eozynofilię, limfocytozę względną, wreszcie nawet typową białaczkową formułę, jak o tem świadczy znane spostrzeżenie Pelagettiego. Autor ten opisuje mianowicie przypadek grzybicy guzowatej z klasycznymi zmianami skóry, gdzie badanie krwi wykazuje białaczkę szpikową, stwierdzoną przez badanie pośmiertne. Nie ziściły się zwłaszcza nadzieje, pokładane w eozynofilii krwi, gdyż i ona wbrew pierwotnym mniemaniom nie jest stałym zjawiskiem w grzybicy guzowatej. Waha się też w b. szerokich granicach 1 — 54,8 %, jak o tem łatwo się przekonać z tablicy, podanej u Paltauf'a (str. 708).

Z drugiej znowu strony eozynofilia występować też może a w białacze wrzekomej, zdaje się głównie w rozległych erytrodermicznych zmianach skóry. Notowano ją jednak również w postaciach guzowatych (Arnig *pseudoleucaemia*, *anaemia gravis*, 9 % eozynofilii przy limfocytozie względnej 67 % i leukopenii 2000). Ja osobiście w grzybicy guzowatej znajdowałem eozynofilię w 38 % przypadków, przyczem eozynofilia wahała się w granicach 4 — 15 %.

Przy tem wszystkiem jednak sędzę, że stosunkowo najczęściej spotykaną w grzybicy guzowatej formułą krwi jest względna limfocytoza (26.6 % [Zumbach]—65 % [Allgeyer]) przy większej lub mniejszej eozynofilii (1-54,8%). Formułę tę znajdujemy w 62 % przypadków podług danych z mojego oddziału. Jednak nie jest ona bynajmniej typową i również nie jest związaną, o ile mię poucza osobiste doświadczenie, z żadną kliniczną postacią grzybicy guzowatej, nawet nie erytrodermią przedguzową (premykotyczną).

Na zasadzie tego wszystkiego nie radziłbym opierać się li tylko na danych hematologicznych przy różniczkowaniu pomiędzy grzybicą guzowatą a białaczką wrzekomą. Punkt ciężkości tej sprawy przeniósłbym — dziś przynajmniej — na dokładne spostrzeganie kliniczne oraz na badanie drobnostkowe tworów chorobowych. Obraz kliniczny grzybicy guzowatej jako całości jest bądź co bądź b. typowy, a trudności rozpoznawcze napotykaney przeważnie tylko w okresie premykotycznym. W klinice pamiętać zwłaszcza należy, że przejawy białaczkowe skóry oznaczają się daleko większą stałością niż mykotyczne i że owrzodzenie guzów białaczkowych należy poniekąd do wyjątków, podczas gdy mykotycznych do reguły prawie. W wątpliwych jednak razach badanie histopatologiczne rozstrzygnąć może wątpliwości. Zmiany białaczkowe najzupełniej charakteryzuje naciek limfocytarny, którego typowym przedstawicielem jest limfomat. Niewielka domieszka innych pier-

wiastków komórkowych, np. komórek tłuszczowych, eozynochłonnych w białaczkach rzekomej bynajmniej nie zmienia zasadniczych cech mikroskopowych omawianych tworów. W grzybicy guzowatej dominującym zjawiskiem jest stan zapalny o charakterze zapalnym. Zmiany naczyń krwionośnych z objawami *peri — i endarteriitis resp. phlebitis* (zwłaszcza w guzach mykotycznych) obfite bujanie komórek łącznotkankowych, naciek drobnokomórkowy, złożony głównie z limfocytów obojętnochłonnych i eozynochłonnych — nadają zupełnie odmienne piętno tworom grzybicy guzowatej. Na dwa zjawiska pragnąłbym tutaj jeszcze zwrócić szczególną uwagę: na objawy *endarteriitis — phlebitis* oraz na eozynofilię tkankową, gdyż posiadać one mogą — moim zdaniem — znaczenie czynników różniczkowych. Otóż bujanie błony wewnętrznej tętnic i żył należy podług mego doświadczenia niemal do stałych zjawisk zwłaszcza w guzach mykotycznych — w przeciwieństwie do białaczkowych, gdzie takich zmian nie notowano. Co się zaś tyczy eozynofilii, to występuje ona w tychże guzach mykotycznych niemal z reguły, częstokroć zaś w takiej obfitości, że stanowić może $\frac{1}{3}$ część pierwiastków komórkowych. Taka eozynofilia tkankowa może istnieć zupełnie niezależnie od eozynofilii krwi, pragnąc ją jednak wykazać, należy koniecznie utrzymywać tkanki w sublimacie. Sądzę też, że o ile mamy przypisywać eozynofilii jakiegokolwiek ważniejsze znaczenie w grzybicy guzowatej, to dotyczy to w pierwszym rzędzie eozynofilii tkanek, nie zaś krwi (patrz też u Tryba).

Na zasadzie wyżej powiedzianego mniemam, iż dziś nie mamy jeszcze dostatecznych powodów do odmawiania grzybicy guzowatej odrębnego i zupełnie samodzielnego stanowiska w patologii. Można najdalej powiedzieć, że częstokroć przebiega ona z podbiałaczkowym stanem krwi w połączeniu z eozynofilią.

Wnioski, jakie z tej pracy pragnąłbym wyprowadzić, dadzą się streścić w sposób następujący.

1) Do białaczkowych zmian skóry należy zaliczyć rozrosty brodawkowe, niekiedy tak gęsto rozsiane na większych powierzchniach, iż nadają skórze wygląd jaszczurowaty (*chagriné*), niekiedy znowu ułożone w grupy i tworzące okrągłe wysepki barwy szarozielonkawej.

2) Prócz zwykłych guzów białaczkowych odróżniać jeszcze należy białaczkowe guzy brodawkowe, które widocznie biorą swój początek w rozrostach brodawkowych, przechodząc przez fazę brodawczaków.

3) Zmiany podane sub 1 i 2 zazwyczaj występują na skórze erytrodermicznej.

4) Pod względem drobnowidowym guzy brodawkowe zasadniczo nie różnią się od zwykłych białaczkowych (z pominięciem rozrostów brodawkowych).

5) Uogólnienie erytrodermie białaczkowe częstokroć przebiegają pod postacią kliniczną *pityriasis rubra (Hebrae)*.

6) Niektóre częściowe erytrodermie białaczkowe, przybierające kształt placków (*en plaques*), mogą żywo przypominać łuszczycę (*erythrodermia leucæmia psoriaticiformis*).

7) Zmiany drobnowidowe w erythrodermii uogólnionej i częściowej są zupełnie analogiczne. Jakościowej różnicy nie ma, mogą być li tylko ilościowe.

8) Dotychczas nie mamy dostatecznych podstaw do odmawiania grzybicy guzowatej (*mycosis fungoides*) odrębnego stanowiska w patologii. Jest to choroba *sui generis*, którą należy odróżniać od białaczki skóry nawet wtedy, gdy przebiega z białaczkowym ewent. podbiałaczkowym stanem krwi.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Arning E.—Heusel H. Pseudoleucaemia cutis. Ikonographia dermatologica. Zeszyt IV. 2) Bernhardt R. Przyczynek do rentgenoterapii Grzybicy guzowatej (*Mycosis fungoides*) etc. Gaz. lek. 1908 r. 3) Bosellini P. L. Ueber Lymphodermien u. Mycosis fungoides. Archiv f. Dermat. CVIII. (1911 r.) str. 83. 4) Brusgaard E. Ueber Hauterupt. b. d. myeloiden Leucaemie u. d. malignen Granulomatose. Archiv. f. Dermat. CVI, str. 105. 5. Tenże. Erythrodermia exfoliativa universal. tuberculosa. Archiv. f. Dermat. XLVII (1903). 6. Dubreuilh W. Prurigo lymphadénique. Annales de Dermat. 1905, str. 665. 7. Ehrlich, Lazarus, Pinkus. Leucaemie, Pseudoleucaemie etc. Nothnagel. speciel. Pathol. u. Therapie. 8. Elzenberg Ant. Pityriasis rubra universalis. Gazeta Lek. 1887. 9. Heinrich A. Ein Fall von Leucaemia cutis mit syphilisähnlichen Hauterscheinungen etc. Archiv. f. Dermat. CVIII, 1911, str. 201. 10. Jadassohn J. Ueber d. Pityriasis rubra (Hebrae). Odbitka z Archiv. f. Dermat. 1892 r. 11. Jordan A. Ein Beitrag z. Frage d. Pseudoleukaemie d. Haut. Monatsch. f. prakt. Dermat. T. 48, 1909, str. 489. 12. Kopytowski i Wielowieyski. Przyczynek do kliniki i t. d. Pityriasis rubr. Hebrae. Mydycyna 1901. 13. Kreibich K. Ein Fall von leukaem. Tumoren d. Haut. Archiv. f. Dermat. XLVII, 1899, str. 185. 14. Linser P. Beiträge z. Frage d. Hautveränderungen b. Pseudoleukaemia. Archiv. f. Dermat. LXXX. 15. Nanta A. Étude des Lymphodermies et des Myélodermies. Annales de Dermat., 1912, str. 572. 16. Néka m L. A. Ueber d. leukaem. Erkrankungen d. Haut. Hamburg. Leipzig. 1899 r. 17. Nicola u. Contribution à l'étude clinique et histologique des manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudoleucémie. — Annales de Dermat 1904, T. V, str. 753. 18. Notthaft. Ein Fall von Pseudoleucaemie. — Zieglers Beiträge T. 25. 19. Palt auf Rich. Die lymphatischen Erkrankungen u. Neubildungen d. Haut. Mraček „Handbuch d. Hautkrankheiten“. 1909, str. 625. 20. Peter. Ueber Pityriasis rubr. u. die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten u. Pseudoleukaemie. Dermat. Zeitschr. 1894. 21. Pinkus F. Ueber die Hautveränderungen b. lymphat. Leukaemie u. Pseudoleukaemie. Archiv. f. Dermat. L, 1899. 22. Pelagetti M. Mykosis fung. v. Leukaemie. Monatsh. f. prakt. Dermat. T. XXXIX. 23. Pfeiffer Th. Ein Fall v. Pseudoleukaemie mit. specif. Erkrankung d. Haut. Wien. klin. Wochen 1897, str. 548. 24. Sacks O. Zur Pathologie d. general exfoliativen Erythrodermien. Archiv. f. Dermat. CXVIII, 1913. 25. Tryb Ant. Beitrag z. Kenntniss d. Mycosis. fung. Archiv. CXIV, str. 571, 1912. 26. Török L. Die exfoliativen Erythrodermien. Mraček „Handbuch d. Hautkrankheiten“ 1902. 27. Wasserman. Lymphämie u. Hautkrank. Dermat. Zeitschr. 1894, T. I, str. 487. 28. Wolters M. Beitrag z. Aetiologie d. Dermatitis. exfoliativa. Archiv CXIII, str. 1222. 29. v. Zumbusch. Beitrag z. Pathologie u. Therapie d. Mykosis. fungoides. Archiv. für Dermat. LXXVIII str. 21.

Objaśnienie tablicy.

I. Rozlany naciek z przypadku erythrodermia leucaemia. Pod ściśniętym nasłódkiem pas względnie mało zmienionej skóry, poniżej zaś widać gęste nacieczenie limfocytami oraz resztki torebki włosowej.

II. Takież preparat przy dużym powiększeniu. Tutaj zwłaszcza wyraźnie widać pas podnaskórkowy względnie mało nacieczonej skóry.

III. Twory brodawkowe.

IV. Część guza białaczkowego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

245. Klippel M. i Weil Mathieu-Pierre. Odczyn aktywowania jadu okularnika; częstość jego w cierpieniach umysłowych; jego wartość dla rokowania w przypadkach bezwładu postępującego i otępienia wczesnego.

Z jadem okularnika wykonywamy, jak wiadomo, odczyn dwojaki: bądź odczyn Calmette'a, polegający na aktywowaniu jadu i prowadzący do hemolizy krwinek, wziętych do odczynu, bądź też odczyn „psychiczny” Much'a-Holtzmann'a, polegający na zahamowaniu hemolizy. Odczyn Calmette'a zależy od obecności w surowicy, którą się bada, substancji aktywującej jad okularnika, jakiegoś lipoidu, zbliżonego do lecytyny, ewent. z nią identycznego; bez tego lipoidu jad nie rozpuszcza krwinek zwierzęcych; Calmette przypuszczał, że odczyn ten jest swoisty w przebiegu gruźlicy, okazało się jednak, że występuje on i w innych cierpieniach, a jak wykazał Nowaczyński, w przebiegu chorób zakaźnych i podczas zapalenia nerek częściej nawet, niż w przypadkach gruźlicy; wogóle zaś powinien występować wszędzie, gdzie w surowicy znajduje się zwiększona ilość lipoidów, ewent. lecytyny. Drugi z odczynów z jadem okularnika, odczyn „psychiczny” Much'a-Holtzmann'a zależy od obecności w surowicy chorych na otępienie wczesne i manię pewniej substancji, hamującej hemolizę; odczyn ten jednak bynajmniej nie jest swoisty, występuje w przebiegu innych cierpień dość często, również i u ludzi zdrowych, a jak wynika z badań Zalozieckiego, u noworodków z surowicą ze sznuka pępkowego występuje w 95% badanych przypadków, zależy zaś przypuszczalnie od obecności kwasu sarkomlecznego; pod względem rozpoznawczym odczyn psychiczny niema żadnego znaczenia, jak to wykazał długi szereg prac różnych autorów.

Wychodząc z założenia, że w przebiegu chorób umysłowych, idących w parze z rozpadem, względnie ze zmianami chorobnymi tkanki nerwowej, powinny się znajdować w surowicy chorych większe niż normalnie ilości lecytyny i kwasów tłuszczowych, Klippel i Weil zastosowali w całym szeregu przypadków odczyn z jadem okularnika, polegający jednak nie na zahamowaniu hemolizy, jak w odczynie Much'a - Holtzmann'a, lecz przeciwnie na aktywacji jadu, podobnie, jak w odczynie gruźliczym Calmette'a. Technika, którą stosowali autorzy, jest następująca: do pięciu probówek wlewa się zwiększające się ilości surowicy—od 0,1 do 0,5 cm sz., 0,5 cm sz. jadu okularnika rozcieńczonego $\frac{1}{5000}$, 0,1 cm 25%-ej zawiesiny komórek króliczych, uzupełnia się zawartość każdej probówki do 3-ch cm sz., pozostawia w pokojowej ciepłocie i odczytuje co 5 minut w ciągu dwu tygodni, wreszcie ostatecznie po 24-ch godz.; dla kontroli bierze się taki sam układ w 5-u probówkach z surowicą (0,1 -0,5) i krwinkami, uzupełniony do 3-ch cm sz., lecz bez jadu kobry. Jeżeli po jakiejś pół godzinie we wszystkich probówkach wystąpi hemoliza, wtedy wynik odczynu jest bardzo dodatni, jeżeli więcej niż po pół godz., lecz mniej niż po 24-ch godz. widać hemolizę w kilku probówkach—jest to wynik dodatni; wreszcie jeśli po 24 ch godz. była hemoliza w jednej probówce, wtedy wynik jest wątpliwy, ujemny zaś—gdy hemoliza nie wystąpiła wcale lub częściowo. Surowicę należy badać możliwie najprędzej po upuszczeniu, gdyż z czasem traci ona swe własności aktywowania jadu okularnika, tak jak je zatracą również rozczyń lecytyny.

Autorzy przerobili odczyn z surowicami chorych na najrozmaitsze choroby umysłowe; okazało się, że odczyn bardzo wybitnie i stale występuje w przy-

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.



**ASTHMIN-
„MOTOR“**

w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy.

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR“
Żądać w aptekach i składach aptecznych.



**Nerwomigren-
„Motor“**

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

Wyrabia WARSZAWSKIE TOW. AKC. „MOTOR“
Do nabycia we wszystkich
aptekach i składach aptecznych.

PIPERAZYL benzoat Piperazyny LERAT

PODAGRA, KAMIEŃ NERKOWY, REUMATYZM,
ARTRYTYZM, KAMIEŃ ŻÓŁCIOWE

ROZPUSZCZA 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

Tannismut

Blenal

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

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.

Dra Bindera Sanatorium „STEFANIA“

W M E R A N I E.

Pierwszorzędny zakład dla terapii słonecznej, klimatycznej, dyetytycznej i fizyko-leczniczej. Chorych na gruźlicę płuc zakład nie przyjmuje. Nowo urządzone: Bergonié, ematatorium radowe, Thermoflux i wspaniałe kąpiele słoneczne.

Ceny umiarkowane.—Prospekty polskie na zadanie.

Dr Binder. (leczy także poza zakładem).



padkach zapalenia nerwów (*polineuritis*) po zatruciu wysokiem (z zespołem Korsakowa) i w przyp. maniakalnych. Natomiast w przebiegu bezwładu postępującego i otępienia wczesnego w pewnej liczbie przypadków odczyn aktywowania przez surowicę chorego jadu okularnika wypadł ujemnie: na 35 chorych na *paralys. progr.* surowice 13-u dawały wynik ujemny, na 23 osobników z *dem. praecox.* u 6-u odczyn wypadł ujemnie. Po dokładniejszym zbadaniu przypadków, które i w jednym i w drugim cierpieniu dały wynik ujemny co do aktywowania jadu okularnika, okazało się, że pod względem rokowania były to przypadki jak najgorsze, niektóre zakończyły się nawet wkrótce śmiercią; natomiast te przypadki, które odznaczały się lekkim przebiegiem lub nieznanymi stosunkowo zmianami, dawały zawsze odczyn dodatni. Na podstawie tych badań autorzy dochodzą do wniosku, że chociaż odczyn podany nie jest swoistym dla pewnej choroby, występuje jednak stale w przebiegu manii i zespołu Korsakowa oraz b. często podczas bezwładu postępującego i otępienia wczesnego; w tych dwu ostatnich zwłaszcza cierpieniach brak odczynu, t. j. nieaktywowania jadu okularnika, wskazuje na zły stan chorego i daje rokowanie fatalne.

(*Sem. médic. 1913, t. r. 41*).

Stefan Sterling.

246. Livet, Morel i Puillet. Objaw przedramieniowy (Léri'ego) w chorobach umysłowych.

W tegorocznym marcowym zeszycie *Revue Neurologique* Léri opisał nowy objaw (objaw przedramieniowy), który daje pewne wskazówki co do istoty i umiejscowienia niektórych cierpień układu nerwowego.

Ażeby go wywołać, należy polecić osobie badanej trzymać zupełnie bierne jedną z kończyn górnych, badający zaś ujmując ją za napięstek lub przedramię ręką lewą, następnie prawą ręką zgina palce kończyny badanej, potem zgina dłoń w stawie napiętka i w taki sposób jakby okręca rękę dookoła niej samej. Przy użyciu pewnej siły badający spostrzega, że przedramię stopniowo zgina się w stawie łokciowym, jakby pod wpływem sprężyny. Objaw ten znajdujemy z pewnemi wahania...i u każdego normalnego osobnika. Nierówność danego objawu po obu stronach, zmniejszenie lub zniesienie jego jest oznaką zaburzenia układu nerwowego. Według Léri'ego drogą odśrodkową danego odruchu jest nerw mięśniowoskórny, unerwiający główne mięśnie zginające przedramię. Drogą dośrodkową jest zapewne jeden z nerwów czuciowych skóry lub stawu napiętkowego, a więc promieniowy lub mięśniowoskórny. Objaw ten może być ujemnym przy zniszczeniu lub uszkodzeniu odpowiedniego szlaku, a więc nerwów obwodowych, torów rdzeniowych czuciowych lub ruchowych ponad V odcinkiem szyjowym pnia mózgowego lub mózgu do kory włącznie; Léri przypuszcza bowiem, że w powstawaniu odruchu bierze udział kora, podobnie jak to bywa przy odruchach skórnych. Léri nie znajdował objawu przedramieniowego (lub znajdował zmniejszony) w następujących schorzeniach układu nerwowego: porażenie polowicze organiczne, porażenie mózgowe obustronne, płasawica Huntingtona, otępienie padaczkowe, nowotwory mózgu, stwardnienie boczne z zanikiem mięśni, wiał górny, choroba Friedreich'a, syringomyelia i zapalenia nerwów.

W bezwładzie postępującym i jednym badanym przypadku otępienia wczesnego objaw przedramieniowy był dodatni.

Autorowie, badając chorych umysłowych, zmuszeni byli zwalczać wiele trudności, badania ich były przerabiane po kilkakroć według nieco zmienionej techniki wywoływania objawu.

Przystępując do badania chorego, autorowie starają się usunąć napięcie

mieśni w kończynie przez kilkakrotne zginanie i rozginanie napięstka, następnie zginają dłoń z wyprostowanymi palcami do kąta prostego z przedramieniem, co usuwa pewne ruchy obronne chorego, wreszcie zginają stopniowo palce według wskazówek Léri'ego. Oto wyniki tych badań:

1. Objaw przedramieniowy jest ujemny w otępieniu wczesnym i niedołęstwie umysłowym (*Idiotie*).

2. Jest dodatni w bezwładzie postępującym i psychozie maniakalno-depresyjnej.

Badanych było chorych 268.

(*Revue Neurologique* 1913. № 12).

Wł. Jarecki.

247. A. Hoffmann. W sprawie operacji ostrego zapalenia trzustki.

Ponieważ metoda Mikulicza, polegająca na prostym nacięciu trzustki, okazała się zabiegiem niedostatecznym, przeto już Körte radził, aby w przypadkach ostrego zapalenia tego narządu nie zadowalać się tylko przecięciem twardej torebki, lecz także odłuszczać ją od gruczołu: w ten sposób wydzielina zapalna najlepiej może być odprowadzona na zewnątrz i nie podlega wchłonięciu. Autor poszedł jeszcze dalej, bo w 1911 r. zaproponował wycinanie zgorzelinowej części trzustki: myśl swoją chciał wprowadzić w czyn w jednym przypadku, w którym przystąpił do usunięcia zgorzelinowej ogonowej części gruczołu; nie mógł jednak dokończyć zabiegu według swego planu a to z powodu gwałtownego krwotoku, powstałego z niezakrzepłych żył śledziony. W rezultacie operacja polegała na prostym, lecz zato całkowitem przecięciu gruczołu po uprzednim zupełnym odłuszczeniu przedniej ściany torebki. W dwa miesiące po operacji rana zagoiła się zupełnie i operowany mógł wrócić do swych zwykłych zajęć. Ze szczegółów przebiegu pooperacyjnego dowiadujemy się, że przez ranę operacyjną nastąpiło samoistne wydalenie obumarłych części gruczołu. Poprzeczne przecięcie trzustki w idealny, zdaniem autora, sposób obniża napięcie tego narządu (*Druckentlastung*), ponieważ zostają przecięte główne jego przewody. Z zakresu dyagnostyki omawianego cierpienia autor podkreśla o p a s u j ą c y b ó l p o d c z a s u c i s k u, który odpowiada przebiegowi trzustki wzdłuż lewego łuku żebrowego. Ból w nadpępczu, występujący pod uciskiem jednego palca i przy dalszym omacywaniu wzdłuż lewego łuku żebrowego aż do okolicy śledziony, jest patognomiczny dla *pankreatitis acuta*.

(*Münch. med. Woch.* 1913. № 44).

W. Dobrowolski.

P O L E M I K A.

Odpowiedź kol. A. Łoguckiego na list otwarty kol. K. Rzętkowskiego w kwestyi „Acetonemii“.

W № 47 „Gazety Lekarskiej“ kol. K. Rzętkowski w liście otwartym wypowiedział swoje uwagi co do mego artykułu: „o acetonemii“.

Muszę zaznaczyć, iż recenzja kol. Rzętkowskiego nie ma pod pewnym względem charakteru recenzji ściśle naukowej i obiektywnej, gdyż sposób

w jaki to uczynił, nie licuje z powagą nauki, na straży której chce stać kol. Rzętkowski.

Przyznając niektóre uwagi kol. Rz. za słuszne, zmuszony jestem odpowiedzieć mu na uczynione mi zarzuty.

W artykule tym do czasu ogłoszenia szczegółowej pracy chciałem podzielić się z czytelnikami wynikami swych spostrzeżeń klinicznych, iż istnieją poza cukrzycą przypadki chorobowe, w których przyczyną jest zatrucie ustroju acetonem, a które występują w postaci ostrej i przewlekłej. Podalem tylko w ogólnych zarysach z punktu widzenia klinicznego wyniki moich spostrzeżeń, nie mając na myśli wprowadzania do literatury nowej jednostki chorobowej.

Nie chodziło mi o podanie powszechnie wiadomych faktów, iż ostre głodzenie często powoduje zaburzenia w przemianie ciał acetonowych, gdzie acetonemia jest tylko objawową, co jedynie podkreśla kol. Rz. i tak śmiało i kategorycznie rozstrzygnął sprawę, utrzymując, „iż z tem właśnie zjawiskiem miałem do czynienia w trzech przypadkach“. P. dr Rz. wie chyba, iż aceton wytwarza się w ustroju nie tylko podczas ostrego głodzenia w chorobach szybko występujących, i to niezawsze (v. Jaksch—*Acetonurie und Diaceturie*), lecz i po zjedzeniu wielkiej ilości tłuszczów, w chorobach wyniszczających, jak: rak, gruźlica, w długotrwałych sprawach gorączkowych, niekiedy po dłuższem chloroformowaniu, i u kobiet, dotkniętych wymiotami w okresie ciąży b. często występuje aceton w nadmiarze. Usunięcie *plexus coeliacus* u królików i psów podług Lustiga wywołuje wytworzenie się acetonu (*R. Ko-bert—Lehrbuch der Intoxikationen*). Nie sądzę, aby p. dr Rz. nie zwrócił uwagi, iż niezawsze w sprawach, o których wspomniałem, powstaje zaburzenie w przeróbce ciał acetonowych, obserwacja bowiem kliniczna wskazuje, iż nie u wszystkich kobiet, dotkniętych wymiotami, nieraz b. długotrwałymi, w okresie ciąży, występuje aceton; nie u wszystkich chorych z gruźlicą krtani i płuc, głodzących się wskutek nieprzyjmowania pokarmów, nieraz po 2–3 dni, nie u wszystkich chorych w chorobach ostrych i dotkniętych długotrwałymi sprawami chorobowymi, wytwarza się aceton.

U dotkniętych rakiem niekiedy aceton występuje przy braku objawów głodzenia. Dowodzą tego przypadki v. Jaksch'a, w których chorzy mieli dobry apetyt i nie wymiotowali, a mimo to wydzielali ciała acetonowe. Natomiast Halpern i Brugsel w swoich przypadkach raka przelyku nie stwierdzili zwiększenia ilości acetonu. Blumenthal (*Handbuch der speziellen Pathologie des Harns 1913*) w jednym przypadku głodzenia nie wykrywał w moczu ani acetonu, ani kwasu acetooctowego.

W błonicy u dorosłych aceton nie występuje lub tylko w postaci śladów; w *angina follicularis* — b. często. W gruźlicy bez gorączki (v. Noorden) aceton występuje b. rzadko, u gorączkujących zaś b. często (v. Jaksch). Chory, o którym nawiasem wspominałem w swoim artykule, u którego żona czuła ów specyficzny i charakterystyczny zapach acetonu na 2–3 dni przed zasłabnięciem, nie zmieniał przez te 2–3 dni trybu życia, nie głodził się i na nic nie uskarżał się. Ani ja, ani inni koledzy, którzy badali chorego, nie mogliśmy wykryć żadnych wyraźnych zmian w narządach wewnętrznych. Czuliśmy jednak zapach acetonu i badanie moczu wykazało znaczną ilość acetonu. W innym przypadku, o którym również nawiasem wspominałem, chory zmuszał się do jedzenia, aby, jak mówił, „nabrać sił“. I w tym przypadku badanie nie wykazywało wyraźnych zmian w narządach wewnętrznych, a w moczu była znaczna ilość acetonu.

Obserwacja więc kliniczna wykazuje, iż pod wpływem bliżej nieznanых czynników powstają zaburzenia w przeróbce ciał acetonowych.

Z dotychczasowych danych klinicznych wiemy, iż przy obecności

w ustroju nadmiaru acetonu powstaje szereg przypadłości, które są wynikiem pewnego samootrucia. Czy przypadłości te zależą jedynie li tylko od acetonu i jego derywatów, czy też od innych ciał, daleko bardziej trujących, które dotąd uszły rozbiorowi z powodu małej ilości, w jakiej występują, jak sądzi Lancereaux (Charcot.—Bouchard Brissaud—*Traité de Médecine*) Roger (Bouchard. *Traité de Pathologie générale*)—obecnie rostrzygnąć trudno.

Silberstein (*Ueber Acetonämie bei Kindern. Münch. med. Woch. 1912* № 30). zaznacza, iż początek zaburzeń objawiał się wydalaniem acetonu wraz z wydychanem powietrzem.

Hecker (*Ueber periodische Acetonämie. Ergebn. der inneren Medizin und Kinderheilkunde, t. VII, 1911*) pod nazwą peryodycznej acetonemii opisuje okresowo występujące zaburzenia w przemianie materii z wydalaniem ciał acetonowych przy objawach: wymiotach, osłabieniu ogólnym, ośpieniu, wychudzeniu, zaparciu stolca. Zaburzenia te występują pod postacią zatrucia, przyczem trująco działa prawdopodobnie nie aceton, lecz nadmiar kwasów, *resp.* zmniejszenie zasadowości krwi, a być może i inne nie zbadane bliżej związki.

Faktem jest jednak to, iż w miarę zaprzestania wytwarzania się acetonu w ustroju występują chorobliwe przypadłości, co stwierdziłem w swoich przypadkach.

Acetonemia, jak dotychczas, nie jest dostatecznie zbadana i poszukiwania w tym kierunku dla nauki są bardzo pożyteczne. W tych przypadkach należałoby dokładnie ustalić równowagę azotową, oznaczać jak najściślej dobowe ilości związków acetonowych w moczu, we krwi i acetonu w powietrzu wydechanem, jak również badać wpływ wodoru węgla, kwasu masłowego i aminokwasów na wydzielanie się tych związków.

Dlategoż sądzę, iż w interesie nauki należy, dzielić się z tego rodzaju wynikami spostrzeżeń klinicznych.

Być może zachęci to innych do ściślejszej obserwacji, a nie do rozstrzygania apriorystycznego kwestii, iż tylko pod wpływem ostrego głodzenia występują objawy acetonemii. Wygłaszanie tego rodzaju zapatrywań może tylko tamować rozwój nauki i „przyczyniać się do zagmatwania pojęć i utrwalania bezkrytyczności w rzeszach czytelników“, jak to dr Rzętkowski słusznie zaznacza.

W końcu pozwolę sobie uczynić drobną uwagę. Kol. Rz. zaznacza, że „wszelkie sprawy utleniania w ustroju zachodzą w zarodki komórek ustrojowych, nie zaś we krwi“. Zdanie to jest słuszne. W podręcznikach bowiem chemii fizjologicznej innych poglądów na tę sprawę nie znajdujemy. A jednak akty tej kwestii nie są jeszcze zupełnie zamknięte. Pozwolę sobie zwrócić uwagę kol. Rz. na badania Chr. Bohr'a i Henriques'a, którzy dowiedli, że we krwi samej podczas krążenia jej w płucach odbywają się zjawiska oksydacyjne. (E. Lambling. *Précis de biochimie. 1911, str. 273*).

Aug. Łogucki.

Odpowiedź kol. K. Rzętkowskiego.

Celem pracy kol. A Łoguckiego p. t. „O acetonemii“ (№ 45-y Gazety Lek.) było przedstawienie „w głównych zarysach objawów ostrego i przewlekłego zatrucia normalnego ustroju przez ciała acetonowe“ (str. 1355).

Celem uwag moich było stwierdzenie, że kol. Ł. nie dostarczył w swej pracy ani jednego dowodu na to, że przypadki jego spowodowane były istotnie ostrem lub przewlekłym zatruciem acetonem (Gaz. Lek. № 47).

Obecnie zaznaczyć muszę, że kol. Łogucki w odpowiedzi powyższej opuścił swe pierwotne tak kateryczne stanowisko, a nawet *kwestyonuje*

poniekąd rolę acetonu w kierunku przez się poprzednio w swej pracy wytkniętym. Kol. Ł. bowiem pomiędzy innemi pisze: „Czy przypadki te zależą li tylko od acetonu i jego derywatów, czy też od innych ciał....., obecnie rozstrzygnąć trudno“.

Stwierdzić przeto winieniem, że wobec tak zasadniczej zmiany w poglądach kol. Łoguckiego, która nastąpiła po wydrukowaniu mych uwag, nie mam już teraz powodu do dalszej polemiki.

Kazimierz Rzętkowski.

Wiadomości bieżące.

— Przytułek dla starców i kalek w Górze Kalwarii został w ostatnich czasach znacznie rozszerzony, wskutek czego pomieścić może znacznie większą liczbę chorych zwłaszcza umysłowych. Z tego powodu z decyzji wydziału szpitalnego Magistratu m. Warszawy postanowiono utworzyć posadę drugiego lekarza miejscowego. Bliższych informacji zasięgnąć można od dra Rzeszotarskiego w Górze Kalwarii (gub. Warszawska).

— Z powodu skargi, podanej przez dwu doktorów medycyny uniwersytetów zagranicznych na decyzję p. Ministra oświaty, Senat Petersburski orzekł, że nieposiadanie świadectwa dojrzałości nie może dla doktorów zagranicznych stanowić przeszkody do zdawania w Państwie Rosyjskiem egzaminu lekarskiego.

— Wśród przemysłowców moskiewskich powstał projekt wysłania ekspedycji do zbadania, gdzie się mogą znajdować rudy radioaktywne. Zebrano na ten cel przeszło 30 tysięcy rubli.

— Odezw a. Wobec kilkakrotnie zaznaczanej w prasie lekarskiej i na zebraniach Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy potrzeby, grono lekarzy założyło Stowarzyszenie spółdzielcze „Spójnia lekarska“.

Brak takiego Stowarzyszenia odczuwać się dawał od dawna lekarzom, źle lub zbyt drogo obsługiwanym przez dzisiejszych dostawców. Opatrunki, narzędzia, przyrządy i przedmioty wchodzące w zakres lecznictwa i pielęgniarstwa sprzedawane są po cenach: zbyt wysokich lub też w gatunku nie odpowiadającym potrzebom. Cierpią na tem lekarze jako odbiorcy oraz ich chorzy. Szczególniej wobec rozwijających się w czasach ostatnich lecznic prywatnych i szpitalnictwa miejskiego, brak organizacji w dziedzinie handlu narzędziami i przyrządami lekarskimi, opatrunkami oraz t. p. potrzebami szczególnie odczuwać się daje.

Z drugiej strony wykonawstwo lekarskie jest często zależne od niesumiennej dostawców przyrządów pielęgniarstkich i leczniczych, (termometry, opaski, wyroby gumowe, irygatory, przyrządy ortopedyczne i t. p.), sprzedających towar w gatunku nieodpowiednim, po cenach zbyt wysokich. Cierpią na tem przede wszystkim chorzy niezdolni, zaopatrujący się w niedających gwarancji składach w zalecane przez nas środki i pomoce lecznicze. Jest więc obowiązkiem lekarzy zorganizować sprzedaż tych przedmiotów po cenie najniższej i w odpowiednim gatunku, szczególnie w chwili organizowania się kas chorych dla robotników.

Tym sposobem „Spójnia lekarska“ stanie się w handlu detalicznym regulatorem cen przyrządów używanych i zalecanych przez lekarzy, zapobiegając wyzyskowi dotychczasowych dostawców.

Wreszcie celem „Spójni lekarskiej“ jest pobudzenie wytwórczości na zaniebanem dotąd polu wytwarzania w kraju różnych artykułów lekarskich. Obok więc urządzenia zakładu reparacyjnego narzędzi „Spójnia lekarska“ starać się będzie, aby wszelkie artykuły wchodzące w zakres lecznictwa i pielęgniarstwa były wyrabiane

w kraju i popierać będzie wszelkie w tym kierunku usiłowania lekarzy i innych wytwórców miejscowych.

Wzrastająca wciąż liczba zakładów leczniczych i szpitali stwarza nadto potrzebę umiejętnego urządzania pracowni mikroskopowych, bakteriologicznych i chemicznych. Mająca w swem gronie odpowiednich specjalistów, „Spójnia lekarska“ na żądanie zajmie się urządzeniem pracowni, sprowadzeniem wszelkich maszyn, przyrządów i narzędzi do badań laboratoryjnych oraz odczynników chemicznych i mikroskopowych.

Tak pojmując zakres naszej pracy, bynajmniej nie usuwamy się od zorganizowania dla członków dostaw wszelkich przedmiotów codziennej potrzeby.

Usiłowania nasze jednak o tyle tylko będą owocne, o ile w „Spójni lekarskiej“ weźmie udział znaczna liczba lekarzy, tylko bowiem przy liczmem zrzeszeniu osiągnąć możemy cele wyłuszczone powyżej.

Członkami Stowarzyszenia mogą być lekarze zamieszkali w Warszawie i w gub. Warszawskiej, którzy wniosą 2 rb wpisowego i tytułem udziału rb. 10; liczba udziałów pojedynczego członka nie jest ograniczona. Członkowie odpowiadają materialnie tylko do wysokości udziału i otrzymują zyski nie tylko od wpłaconego kapitału, ale i od poczynionych zakupów.

Z a r z ą d „Spójni“ stanowią: J. Borzymowski, Henryk Kucharzewski (prezes) Kl. Łazarowicz (sekretarz), C. Stankiewicz (skarbnik), Józef Zawadzki. Z a s t ę p c y: K. Pawlikowski, W. Biehler, G. F. Drozdowicz. K o m i s y a r e w i z y j n a: L. Guranowski, W. Horodyński, K. Sierpiński.

— W Łódzkim Szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych był następujący ruch chorych od 8-go do 15-go grudnia:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
Ospa	9	1	5	—	5
Szkarlatyna	24	4	4	4	20
Róża	2	—	2	—	—
Dysenterya	1	—	—	—	1
Ogółem	36	5	11	4	26

Do numeru niniejszego dołącza się: Ogłoszenie o Arsoferrynie Tektolettes i prospekty pism: a) Tygodnika Lekarskiego Lwowskiego b) Świata i c) Biblioteki dzieł wyborowych.

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.

Prenumeratorzy 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, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 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.

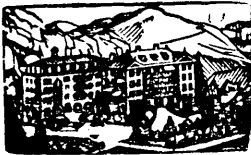
ZABIJA BEZWARUNKOWO SWIERZBOWCE.

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.



GRIES bei BOZEN

Sanatorium.

Zakład leczniczy dla chorych na płuca.

(Założony 1901)

Lekarz naczeiny

Dr. V. Malfér.

Prospekty!



Główny
lekarz
Dr LIPS.

Sanatorium Wehrwald

pod Todtmoos w Szwarzwaldzie badeńskim
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 łózek. Najwyższy komfort. P
koje chorych tylko od południa. Elektryczność. Winda.
Ogrzewanie centralne Gabinet rentgenowski. Wziwalnia.
Szczególnie odpowiedni dla chorych piersiowych

Dyrektor-administrator K. Metzger.



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 Spiess i Syn w Warszawie.

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 w Kijowie, Plac Dumski № 4. w Charkowie, Sewastopolu, Jaltie, Aluszcze, Gurzufie, Ekaterynosławiu i Ekaterynburgu.

Sanatorium St. Pankratius pierwszorzędne uzdrowisko dla chorych płucnych i krztaniowych 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 **D-r ROB. PERSCH.**

Pielęgniarki: siostry miłosierdzia Św. Krzyża.

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.



Musująca sól bromowa.

Od wielu lat powagi lekarskie zalecają ten środek,
jako radykalny przeciw

Nerwobólom i bezsenności.

Polecam moje sztuczne sole lecznicze: Ems, Vichy,
Wildungen, Obersalzbrunn, Karlsbad, Wiesbaden Kis-
singen i inne.

Oryginalne tylko w słoikach z powyższą plombą
Nabywać można we wszystkich aptekach i składach
aptecznych.

D-r Ernst Sandow Hamburg

Przedstawiciele dla Państwa Rosyjskiego M. Rotenberg
i Ch. Juwen, Warszawa, Pańska 20.

JECOROL

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

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

Glycerofosfat ziarnisty

Glycerofosfat z żelazem

Syrpus Thymi cps. zamiast niemieckiej PERTUSSYNY
poleca

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

Magistra A. BUKOWSKIEGO

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



ZWYKŁE ZIARENKA
3 do 6 łyżeczek od kawy
dziennie

**Laboratorium
E. Fraudin
Paris-Boulogne**

Niestrawność
Nerwoból żo-
łądka
Wzdęcie jelit
Rozszerzenie
żołądka
Odbijanie
Gorączki za-
każne
Biegunki gnilne
Zatrucia wszel-
kiego rodzaju.

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

D-r Med. Bolesław Dębiński
Dyagnostyka gruźlicy
CZĘŚĆ I.
Metody kliniczno-laboratoryjne

Z przedmową

D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

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

Cena rb. 1.



**Uzdrowisko górskie dla chorych
płucnych na linii Sympolonskiej Szwajcarya francuska**
1450 m, nad. p. m. Cały rok otwarte

4 Sanatoria:

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

Specjalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną
w połączeniu z leczeniem powietrzem górskim

Prospekty bezpłatnie.

Dyrekcya



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.

Muiracithin

Części składowe:

Muira puama, lecy-
tyna, korzeń lukrecyi.

Wskazania:

Niemoc męska płcio-
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 i leczą-
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 esteru
metylowo-salicylowego
(olejek gaulterjanowy albo
starzeńslany).

Pożywka Prof. Soxhlefa

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

Kukier 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.

Kukier 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:

chlórek wapnia, jo-
dek wapnia, balsam
peruwiański.

Wskazania:

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

Styptase

1,618% Ca 2,5% Extr.
Hamamel 0,1% fluor.

Nieszkodliwy, szybko
działający.

Środek do tamowania
krwi.

bardzo skuteczny przy
wszystkich krwoto-
kach płucnych, krwoto-
kach (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 5, Małaja Koniuszennaja No. 10

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



ANALIZY LEKARSKIE

do celów dyagnostyki

D-r Wacław MAYZEL

b. asystent-histolog Uniw. Warsz.

Wilcza № 47 (róg Wielkiej).

Tel. 56-56.

WODA MINERALNA NATURALNA



VICHY

Źródła państwowe francuskie.

Wystrzegać się podróbek i dokładnie oznaczać źródło.

VICHY GRANDE-GRILLE

choroby
wątroby
dróg żół-
ciowych.

VICHY CÉLESTINS

choroby nerek i pę-
cherza, dna, piasek
moczowy, moczówka
cukrowa.

VICHY HOPITAL

CHOROBY ŻOŁĄDKA
I KISZEK.

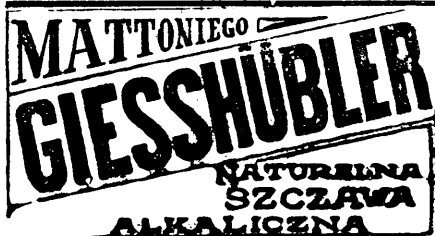
PRZETWORY VICHY—ÉTAT

SÓL VICHY-ÉTAT naturalny wyciąg z wód, sprzedaje się w pa-
czkach; każda paczka służy na 1 litr wody

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 — 3 pastylki po jedzeniu
ułatwia trawienie.

COMPRIMES VICHY-ÉTAT barożo praktycz. w podróży do
przygotowania wody gazowej

Wystrzegać się naśladownictw.—Żądać marki VICHY-ÉTAT.



skuteczne we wszystkich cierpie-
niach narządów oddechowych i tra-
wienia, w dnie, katarze żołądka
pęcherza. Znakomita dla dzieci,
ozdrowieńców i podczas ciąży.