



Rok LI. Warszawa d. 23 grudnia 1916.

Nº 26 (52).

DZIENNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

W nerwowych stanach podrażnienia

jako silny środek uspokajający
i nieszkodliwy środek nasenny.

Tabletki Bromuralu

Przy porównaniu działania z innymi podobnymi preparatami
(przeważnie zawierającymi dawkę 0,5 g.) należy zwrócić uwagę
na to, że tabletki bromuralu zawierają tylko 0,3 g. substancji.

Rp. Tabletki-Bromuralu po 0.3.

Rurki z 20 tabletkami w cenie około 2 marek

· · 10 · · · 1.10 ·

Jako sedativum 3—4 razy dziennie

1 — 2 tabletki, jako środek nasenny wieczorem
przed uśnieniem się na spoczynek 3—5 tabletek.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

ODMROŻENIA ostre i przewlekłe leczy skutecznie

CONGELIN

(Unguentum Ichthyoli compositum contra congelationem).

Apteka F. WIĘCKOWSKIEGO w Warszawie.

W Kozienicach, ziemi Radomskiej potrze-
bny jest

LEKARZ.

Subsydyum jest zapewnione. Szpital nowozałożony; ko-
lej dochodzi do samego miejsca. Porozumieć się mo-
żna z miejscowym właścicielem apteki.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady dusznic
i wszelkie objawy astmy*

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

**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw-rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubabarum, aetherum i menthol., polega własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marżałkowska 25.

DR. B. LOWENSTEIN
FOSMOZA
NAJLEPSZA
MACZKA ODŻYWCZA

Dla dzieci, matek, rekonwalescentów, osób nerwowych i starców. — Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój krwi, kości i mięśni, wzmacnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i siły. Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia. Liczne opinie Pp. Lekarzy i Ordynatorów szpitali dołącza się do każdego pudełka.

Najwyższe nagrody na Wystawach Hygienicznych w Londynie, Paryżu i Rzymie.

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), rozeomie płuc, wadach serca i t. d. 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, piszcząskie i t. p.

UWAGA. Sole Karpińskiego do kąpiele są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo rozpuszczalnych.
Brozury gratis i franco. Ządać wszędzie.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy

napisali

Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb

Wiedeń

Heidelberg

profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

Dr JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIAŃOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena r. b. 3.60!

Do nabycia we wszystkich księgarniach.



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Pieczęć
Ilecie drugie

Warszawa, d. 23 grudnia 1916 r.

(Z ŁÓDZKIEGO PROSEKTORYUM MIEJSKIEGO).

Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego.

(DONIESIENIE TYMCZASOWE).

Podał

W. Grzywo-Dąbrowski.

I. Mózg główny.

Podczas tegorocznej epidemii duru osutkowego w Łodzi, jako prosektor miejski, miałem sposobność bardzo często wykonywać oględziny pośmiertne zwłok osób, zmarłych na tę chorobę. Dokładniejsze wyniki moich badań nad anatomią patologiczną duru osutkowego podam w najbliższej przyszłości, obecnie chciałbym streścić pokrótce wyniki badań moich nad zmianami w zakresie układu nerwowego ośrodkowego, ponieważ zmiany te właśnie w układzie nerwowym są najwyraźniejsze i dla duru osutkowego najbardziej swoiste.

Dokonałiśmy dotąd w 34 przypadkach sekcji i dokładnego badania makro- i mikroskopowego mózgu osób, zmarłych na tę chorobę; zmiany, znalezione przez nas, były następujące:

Przy oględzinach gołym okiem: Opona twarda zwykle jakichś większych zmian nie zdradzała. Pod oponą twardą prawie zawsze znajdowaliśmy mniejszą lub większą ilość cieczy jasnej.

Opony miękkie—bardzo często ulegały przekrwieniu czynnemu o rozmaitem nasileniu; w niektórych przypadkach obserwowaliśmy wylewy krwawe pod oponami. Często opony miękkie były mniej lub więcej

zgrubiałe i zmętniałe; zgrubienia te zwykle miały charakter ogniskowy i były przeważnie usadowione na powierzchni górnej półkul mózgowych; czasem, lecz rzadko, występowało rozlane zgrubienie opon. Na podstawie mózgu w niektórych przypadkach występowało również zgrubienie opon miękkich w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych; w innych częściach na podstawie mózgu opony ulegały tylko przekrwieniu. Pod oponami miękkimi prawie zawsze stwierdzaliśmy nagromadzenie płynu mózgowordzeniowego w zmiennej ilości.

Na przekroju mózgu przy badaniu makroskopowym zwykle nie daje się stwierdzić jakichś większych zmian; w niektórych przypadkach istota mózgowa była przekrwiona, czasem obrzękła; w jednym przypadku, dotyczącym osobnika l. 17, który zmarł na 7 dzień choroby, widzieliśmy liczne wylewy krwawe większe i mniejsze podoponowe i do istoty mózgowej, a w płacie lewym potylicznym znaleźliśmy wylew krwawy, wielkości prawie jaja kurzego. Tego rodzaju zmiany należą jednak do wyjątków.

Komory boczne i środkowa były często rozszerzone; w komorach zawartość płynu mózgowordzeniowego czasem zwiększona. Jak widzimy z powyższego zestawienia,

zmiany makroskopowe w zakresie układu nerwowego ośrodkowego w durze osutkowym nie są ani zbyt obfite, ani nie mają jakichś cech swoistych dla tego cierpienia. Inaczej całkiem rzecz się będzie przedstawiała, gdy się zwrócimy do zmian drobnowidowych.

W zakresie opon miękkich znajdowaliśmy bardzo często, prawie zawsze, przekrwienie czynne, czasem — wylewy krwawe; często bardzo występowało drobnokomórkowe nacieczenie opon, czasem — zgrubienie łącznotkankowe.

Istota mózgowa. W istocie mózgowej zmiany ze strony naczyń należą do najwybitniejszych i najdalej posuniętych w durze osutkowym, tak dalece, że, jak dalej zobaczymy, będziemy mogli powiedzieć, że dur osutkowy jest przede wszystkim chorobą naczyń mózgu.

W każdym przypadku znajdowaliśmy wybitne mniej lub więcej daleko posunięte zmiany w ścianach naczyń: ściany te, szczególnie w naczyniach małych i drobnych, ulegały zgrubieniu, występował mniej lub więcej wyraźny wzrost błony zewnętrznej naczyń (*adventitia*), w postaci bądź to delikatnej siateczki, obejmującej naczynie, bądź to w kształcie miotelek, względnie — pęczków włókien; czasem naczynia poszczególne łączyły się ze sobą za pośrednictwem takiej bujającej tkanki łącznej. W niektórych przypadkach ściany drobnych naczyń ulegały tak znacznemu zgrubieniu, że całkowicie zniknęło światło naczyniowe. Często obserwowaliśmy zwyrodnienia wsteczne ścian naczyniowych. W niektórych, szczególnie gwałtownie przebiegających przypadkach, widzieliśmy bujanie jąder śródbłonna naczyń. Czasem naczynia miały przebieg wężykowaty, a w niektórych przypadkach naczynia układały się w pokręcone nieprawidłowe pęczki; zmiany te występowały nawet i u osób młodych; również jak znajdowane przez nas czasem tętniaki drobnych naczyń; w niektórych przypadkach występowały zakrzepy w naczyniach. (Rys. 1).

Z uwagi na powyżej opisane zmiany w ścianach naczyniowych, nie będzie się wydawało dziwnem, że prawie w każdym przypadku duru osutkowego występują mniej lub więcej obfite wylewy krwawe do istoty mózgowej. Czasem wylewy takie występują w obrębie jąder nerwów, na dnie komory IV-ej; w tem zjawisku zapewne znajdzie sobie wytłumaczenie część nagłych zgonów, naogół dość częstych w durze osutkowym.

Badając dalej zmiany, dotyczące naczyń mogliśmy ustalić, że prawie stale występują nacieczenia naokolonaczyniowe komórkami plazmatycznymi i limfocytami; nacieczenia te,



Rys. 1.

w których składzie prawie zawsze przeważają komórki plazmatyczne, są umiejscowione w przestrzeniach naokolonaczyniowych limfatycznych i komórki naciekowe ściśle się trzymają granic tych przestrzeni, albo — układają się wprost na ścianach naczyniowych; pod tym względem nacieczenia te niezmiernie przypominają nacieczenia, występujące w porażeniu postępującem. (Rys. № 2).

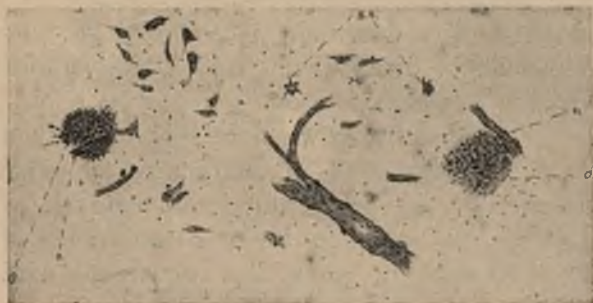


Rys. 2.

Nacieczenia te są tak częste w durze osutkowym, że można je uważać za zmianę swoistą do pewnego stopnia dla tego cierpienia. Rozkład nacieczeń w obrębie mózgu jest nierównomierny, w niektórych okolicach czasem nie można znaleźć ich wcale, w innych znów są obfite; wobec tego, nieznanie nacieczeń w jakiejś okolicy mózgu nie upoważnia do wysnuwania wniosku, że nacieczeń takich nie ma, należy szukać ich i w innych częściach układu nerwowego. Najczęściej i najwyraźniej nacieczenia te występują w rdzeniu przedłużonym i w rogach Ammona, chociaż zwykle nie brakuje ich i w rozmaitych częściach kory mózgowej.

Po za nacieczeniami, bardzo często stwierdzaliśmy nagromadzenie naokoło naczyń zlogów brunatnego, względnie — zielonkawego barwika, oraz kulek i grudek tłuszczu.

W łączności ze zmianami naczyniowymi, stwierdzaliśmy prawie zawsze obecność w mózgu ognisk, złożonych z komórek nabłonkowych, czasem — limfocytów, pojedynczych leukocytów i jąder gleju ¹⁾.



Rys. 3.

Barwiąc metodą Nissla, względnie, jaką bądź inną metodą, uwydatniającą jądra, łatwo się stwierdza obecność ognisk tych, o kształcie okrągłym lub owalnym, złożonych z komórek o jądrach jasnych, podłużnych, dużych, z niezbyt wielką ilością chromatyny: komórki te posiadają bardzo małą ilość zarodki. Biorąc pod uwagę wygląd tych komórek, jak również i ich pochodzenie, (jak zaraz zobaczymy, pochodzą one, zdaje się, z elementów ścian naczyniowych), należy je uważać za t. zw. komórki nabłonkowe (rys. 3 i 4).

W niektórych przypadkach mieliśmy sposobność widzieć obrazy, przemawiające za tem, że przynajmniej część tych ognisk powstaje dzięki bujaniu komórek ścian naczyniowych i rozrostowi tychże; w dużej ilości ognisk można jeszcze widzieć koncentryczny układ jąder i komórek, w skład ogniska wchodzących, a we wczesnych okresach powstawania ognisk można wyraźnie odróżnić pewne części naczynia, z którego ognisko powstało.

¹⁾ Ogniska te po raz pierwszy udało mi się znaleźć w grudniu r. 1915; w parę miesięcy po tem przeczytałem pracę Provaszka, w której tenże opisuje ogniska takie same, znajdujące przez niego zawsze w durze osutkowym. Również i Benda w jednym przypadku widział takie ogniska, a po raz pierwszy, wedl. Benda, opisał je w r. 1875 Oapoff. Albrecht nic nie wspomina o tych ogniskach; mówi tylko o nacieczeniach naokoło naczyń, jako swoistych dla duru osutkowego.

Po za elementami nabłonkowatymi, w skład tych ognisk wchodzi również, lecz w znacznie mniejszej ilości, limfocyty, a czasem i jądra glejowe; rzadko widywaliśmy i pojedyncze leukocyty. Bardzo często przez takie ogniska przebiegają włókna nerwowe i glejowe, układając się między komórkami ogniska; szczególnie dobrze obrazy te oddaje metoda protargolowa Waltera, lub srebrowa Fajerstajn-Bielszowskiego. Prawie zawsze tuż



Rys. 4.

przy takim ognisku, lub nawet w obrębie ogniska znajduje się małe naczynie krwionośne; czasem wśród komórek ogniska widać ciała czerwone krwi, jako następstwo wylewu krwawego. Tkanka nerwowa i glejowa, wśród której znajduje się takie ognisko, wcale nie oddziaływa na obecność ognisk: nigdy nie widzieliśmy ani przerostu gleju, ani powstawania elementów patologicznych gleju w otoczeniu tych tworów. Badaliśmy ogniska te na obecność drobnoustrojów (metodą Giemsy, May-Grunwald, Nagucti) lecz jak dotąd, bez wyników dodatnich; co prawda często widywaliśmy w obrębie ognisk wśród komórek, rozmaite drobne, często o układzie dwoninkowym, ziarniki, lecz nie możemy z tego wyciągać żadnych wniosków. Opisane powyżej ogniska mogą się znajdować we wszystkich częściach mózgu, lecz najczęściej są umiejscowione w obrębie rdzenia przedłużonego i mostu; często spotyka się je w rogach Ammona i korze mózgowej; najrzadziej spotykaliśmy je w mózdzku, gdzie zwykle są one umieszczane w powierzchownych lub środkowych warstwach kory. W obrębie

mózgu ogniska te są rozrzucone nieprawidłowo, czasem w jednym płacie nie ma ich wcale, a w innych są w dużej ilości.

Mieszczą się te ogniska przeważnie w obrębie istoty szarej, tylko rzadko spotykaliśmy je w istocie białej. Ognia takie znajdowaliśmy prawie stale w durze osutkowym bo na 34 przypadki, dotąd zbadane, znaleźliśmy je w 30 przypadkach, co wynosi blisko 90%. W tych 4-ch przypadkach, w których ognisk nie znaleźliśmy, w 3-ch były badane tylko niektóre (nie wszystkie) okolice mózgu, wobec tego niema się pewności, czy przypadkowo nie ominięto okolicy, zawierającej te ogniska, a w przypadku 4-ym rozpoznanie duru osutkowego nie było wcale pewne.

Zdaje się nam wobec tego, że mamy prawo uważać powyżej opisane ogniska za zmianę swoistą dla duru osutkowego, zmianę, na której podstawie, być może, będziemy mogli postawić rozpoznanie wsteczne przebytej choroby [jak to już mamy możność uczynić na przykład w porażeniu postępującem lub psychozach starczych (blaszki starcze)]. W 2 przypadkach, w których obraz kliniczny nie był zbyt jasny (rozpoznanie wahało się pomiędzy drem osutkowym a brzuszynym), znalezienie ognisk tych i zmiany swoiste naczyniowe umożliwiły nam rozpoznanie przebytego duru osutkowego.

Wobec tego, zdaje się, że będziemy mieli prawo powiedzieć, że dur osutkowy jest to przede wszystkim choroba naczyń mózgowych (ogniska opisane uważamy za pochodzenia naczyniowego) i co za tem idzie chorobę mózgu, o mniej więcej wyraźnym obrazie anatomicopatologicznym, o ile uwzględnimy zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym.

Zmiany w gleju. W durze osutkowym zmiany w tkance glejowej nie należą do zjawisk, występujących na plan pierwszy. Najczęstszą zmianą, jaką obserwowaliśmy, było nagromadzenie jąder glejowych (t. zw. trabantów) naokoło komórek nerwowych, przy tem nierzadko jądra te wdzierały się do ciała komórek nerwowych, powoli je niszcząc. W niektórych, nielicznych zresztą, przypadkach występowało dosyć znaczne bujanie gleju brzeżnego, jak włóknistego, tak i ko-

mórkowego, szczególnie w obrębie rogów Ammona.

Pierwiastki nerwowe. Komórki nerwowe, poza zmianami, wywołanymi przez czynność trabantów, prawie zawsze ulegały mniej lub więcej daleko posuniętym zmianom wstecznym; obserwowaliśmy często zwyrodnienie tłuszczowe, chromatolizę, ziarnisty rozpad włókienek wewnątrzkomórkowych i t. d. i t. d., czasem guzkowate zniekształcenie wypustek komórkowych. Zmiany te jednak nie przedstawiają nic swoistego, dotąd nieznanego, i zapewne występują skutkiem działania toksyn, wysokiej ciepłoty i t. p.

Włókna nerwowe naogół nie ulegały dużym zmianom. W niektórych przypadkach widzieliśmy na preparatach, barwionych metodą Spielmeijera, guzkowate obrzmienie otoczek rdzennych; poza tem zmian nie znaleźliśmy.

Reasumując wyniki naszych badań, co do zmian w ośrodkowym układzie nerwowym w durze osutkowym, widzimy, że zmiany te przede wszystkim dotyczą naczyń mózgu, gdzie występuje zwyrodnienie wsteczne ścianek, bujanie śródbłonna, i rozrost błony zewnętrznej naczyniowej (*adventitia*); skutkiem tych zmian często występują wylewy krwawe do tkanki mózgowej. Naokoło naczyń prawie zawsze dają się stwierdzić nacieczenia komórkami plazmatycznymi i w mniejszym stopniu—limfocytami. W łączności ze zmianami naczyniowymi stoi tworzenie się powyżej opisanych ognisk, składających się przede wszystkim z komórek nabłonkowych, z domieszką limfocytów. Ogniska te uważamy za zmianę swoistą dla duru osutkowego. Ze strony pierwiastków nerwowych zmian swoistych nie stwierdzamy, a wszystkie spotykane należy zaliczyć do zmian wtórnych. W oponach miękkich występują zmiany zapalne o rozmaitem nasileniu.

Preparaty, zatapiane w parafinie, były barwione metodami następującymi: *Toluidinblau*, według Unna-Pappenheima i *Methylenblau-eozyna* (modyfikacja własna metody Manna-Alzheimera) i oryginalną metodą Manna-Alzheimera; *Scharlach-Roth*; kwasem osmowym; metodą Billochowsky'ego, wreszcie hematoksyliną-eozyną.

Piśmiennictwo, dotyczące anatomii patologicznej mózgu w durze osutkowym.

1. Provatzek. Aetiologische Untersuchungen über den Flecktyphus etc. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten IV Band, Hett. I. 2. Benda. Według referatu w Centralblatt für Bakteriolo-

gie etc. Referat. B. 64. 3. Albrecht. Według referatu w Centralblatt für allgem. Pathologie etc... Band. 27. № 11.

Objaśnienia rysunków.

Rysunek 1. *a.* Dur osutkowy № 10. Róg Ammona. Naczynie, otoczone rozrosłą błoną zewnętrzną (*adv.*) Zeiss ok. 4, obiekt. D.

b. c. d. e. — dur osutkowy Nr. 22. Róg Ammona. Drobne naczynia, których ścianki uległy znacznemu zgrubieniu; *adv.* — bujająca błona zewnętrzna. *b. c. d.* Zeiss ok. 12, obj. A. *e.* — Zeiss ok. 4 obj. Immers. $\frac{1}{12}$ mm.

f. — dur osutk. Nr. 31. Gir. frontal. dext. I. Zgrubiałe naczynia, połączone przez rozrosłą błonę zewnętrzną (*adv.*) Zeiss ok. 12, obj. A.

g. — dur osutk. Nr. 1. Rdzeń przedłużony. Pęk porozszerzanych i pokręconych naczyń, *adv.* — bujająca błona zewnętrzna. Zmiany te znaleziono u osobnika, zmarłego nagle na 12 dz. po miesiącu gorączki. Zeiss ok. 2, obj. D.

Wszystkie powyższe preparaty barwione w celu

uwidocznienia tkanki łącznej naszą modyfikacją metody Alzheimera-Manna, metylblau — eozyne.

Rysunek 2. Dur osutkowy Nr. 10. Naczynie ze wzgórków wzrokowych, nacieczone komórkami plazmatycznymi (*pl.*) Zeiss ok. 4, obj. D. Barwienie wed. Unna-Papenheima.

Rysunek 3. Dur osutk. Nr. 28. Rdzeń przedłużony. Dwa ogniska — *o*, składające się z komórek nabłonkowych, liczne tuż przy naczyniach krwionośnych — *w*; *kw.* — komórka krwawa, otoczona jądrami gleju (*trabanty*). Barwienie, jak pod Nr. 1. Zeiss ok. 4 obj. A.

Rysunek 4. Dur osutkowy Nr. 20. Róg Ammona. Ognisko, złożone prawie z samych komórek nabłonkowych, gdzieś — limfocyty, *b* — nagromadzenie ziarenek, bliżej nieznanego pochodzenia (*drobnoustroje?*). Barw. tioniną wed. Nissla. Zeiss ok. 4, obj. Immers. $\frac{1}{12}$ mm.

Żółtaczkę hemolityczną w świetle badań ostatnich.

Podał

Kazimierz Szokalski.

(Dokończenie—patrz № 25).

Zmiany histologiczne w organach okazały się nieco wybitniejsze po wprowadzeniu ciał hemolitycznych u zwierząt nie splenektomizowanych.

Stwierdzono martwicę i zwyrodnienie ziarniste pierwiastków komórkowych różnych organów krwiotwórczych; w ogniskach martwicowych znajdowano krwinki czerwone jeszcze w stanie rozkładu, inne, mniej liczne, zfagocytowane przez makrofagi.

Najdonioślejsze zmiany histologiczne stwierdzono w śledzionie, słabiej wyrażone w wątrobie, jeszcze mniej w szpiku kostnym i gruczołach limfatycznych. Nerki wykazywały oznaki ciężkiego zatrucia, zwyrodnienia i martwicy wszystkich pierwiastków sekrecyjnych lub też większej ich części. Własności hemolityczne wyciągów śledziony od zwierząt normalnych i poddanych działaniu surowicy hemolitycznej, wskazują również, podług Bantiego, wyróżniającą się rolę śledziony w tym procesie. Do czynników, działających destrukcyjnie na krwinki czerwone pod wpływem nieznanego nam bodźca, zalicza Banti i wątrobę. Co się tyczy szpiku kostnego, to badania Chauffarda i Noël Fissingera wykazują udział jego w produkowaniu w żółtaczkach hemolitycznych atypowych form regeneracji krwi w postaci krwinek ziarnistych; komórki te, dostając się do krwioobiegu, łatwo ulegają zniszczeniu.

Zmiany we krwi.

Liczba krwinek czerwonych w żółtaczkach hemolitycznych waha się pomiędzy 2 a $3\frac{1}{2}$ milionami, spada podczas t. zw. *crises hemolitiques* i obrzmienia śledziony. Wskaźnik barwienia Hayem Laache'a bywa w większości przypadków normalny, czasem obniżony, często znów zwiększony. Mosse opisuje poliglobulię w kilku przypadkach żółtaczki hemolitycznej.

Ilość krwinek białych bywa różnorodna; zarówno opisane są wypadki leukopenii, jak i leukocytozy. Przez większość autorów notowana jest znaczna przewaga wielojądrowych.

Poikilocytozę, anizocytozę, normoblasty i nawet megaloblasty, polichromatofile, pojedyncze myelocyty, ciała Jolly notowano dość często.

Tak zwana ziarnistość przyżyciowa krwinek czerwonych stwierdzana była dotychczas częściej w przypadkach żółtaczki hemolitycznej wrodzonej. Nie są to występujące na barwionych preparatach krwinki z bazofilowymi pukcikami, lecz krwinki, które przy przyżyciowym barwieniu (*Brillantkrezylblau*, polichromowy błękit metylowy i t. d.) wykazują niteczkowate, siatkowate twory, opisane przez włochów jako *substantia reticulo*—lub *granulofilamentosa*. Chodzi tu nie o ziarenka przynależne krwince, lecz o wypadnięcie dro-

bin barwиковych, które występują tylko w polichromazyi, dlatego też Papenheim nazywa je wykładnikami polichromazyi i uzależnia od barwиковej reakcyi na tej podstawie, że substancya, barwiąca się przyżyciowo, składa się z kwasów tłuszczowych, a mianowicie z neutralnej cholesterynoleiny. Pfuhl w swojej najnowszej pracy uważa *substantia granulofilamentosa*, jako identyczną z bazoplastyną polichromazyi i jako życiowo dającą się uwidocznić formę polichromazyi. Chauffard i Fissinger, Widal, Abrami i Brulè, nie uważają tej ziarnistości za swoistą w żółtaczkach hemolitycznych, a uzależniają ją od odnawiania się krwi jako elementu nienormalnej regeneracyi krwi. Nie jest to objaw charakterystyczny; spotykamy go często w niedokrwistości złośliwej, a nawet u osobników normalnych.

Odporność krwinek czerwonych.

Jedną z głównych cech żółtaczki hemolitycznej, umożliwiającą nieraz wykluczenie choroby Hanota, marskości wątroby, jest zmniejszona odporność krwinek czerwonych względem hypotonicznych rozczyńw soli kuchennej. Cecha ta odróżnia żółtaczkę hemolityczną od innych żółtaczek, które raczej cechuje wzmożona odporność krwinek. To zmniejszenie odporności zależne jest prawdopodobnie od zmian fizykochemicznych, zachodzących w krwinkach, oraz jest skutkiem niedostatecznego wytwarzania się nowych krwinek. Bürger mógł dowieść w jednym przypadku zmian w składzie lipidów krwinek czerwonych i stawia ten fakt w związku z zaburzeniami osmotycznymi. Nieznaczne obniżenie odporności stwierdzano również w anemii złośliwej, białaczce, posocznicach. W przypadku Mossego i Lommela nie było zmniejszenia odporności, chociaż przypadek Lommela można zakwestyonować, jako nietypowy wobec 65% myeloblastów we krwi.

W żółtaczkach hemolitycznych nabytych zmniejszenie odporności, według Brulè'a, Baue'a i Mossego, występuje mniej dobitnie, niż we wrodzonych.

Oprócz hypotonicznych rozczyńw soli kuchennej niektórzy badacze posługują się saponiną, surowicą hemolityczną ludzką, wyciągami z główek pijawek, kwasem glikolowym, wyciągami alkoholowymi nowotworów, ogrzewaniem rozczyńw krwinek i t. d.

Kobert pierwszy w r. 1904 ogłosił badania nad wpływem rozczyńw saponiny na odporność krwinek czerwonych.

Zmniejszona ilość cholestearyny we krwi

powoduje zmniejszoną odporność krwinek czerwonych wobec saponiny, co daje się stwierdzić w grzylcy i durze brzuszny; natomiast zwiększona ilość lecytyny wzmacnia hemolizę, a więc hemoliza saponinowa nie jest zależna od samej cholestearyny, a od stosunku jej do lecytyny. Według Grigauta i Huilliera, cholestearyna normalnie słabo wchłaniana jest przez krwinki czerwone, zdolności zaś przenikania lecytyny do wnętrza krwinek są według Beumera i Burgera większe niż cholestearyny. Otóż stwierdzono, że w żółtaczkach retencyjnych retencya lecytyny bywa stała; stosunek więc cholestearyny do lecytyny jest zawsze zmniejszony, co powoduje zmniejszenie odporności krwinek względem saponiny. May, wbrew wynikom, otrzymanym przez Mac Neila, w trzech obserwowanych przez siebie żółtaczkach hemolitycznych, opublikowanych w czerwcowym numerze *Annales de Médecine* z roku ubiegłego, znalazł normalną odporność względem saponiny, wobec obniżonej względem rozczyńw soli kuchennej, z czego wyprowadza wniosek, że zarówno ilości cholestearyny, jak i lecytyny w tych chorobach nie ulegają zmianom, a więc należy odrzucić hipotezę związku żółtaczek hemolitycznych z zaburzeniami wątroby. Autor jednak zastrzega się, że mogą istnieć postaci mieszane ze zmniejszoną odpornością podwójną względem saponiny i hypotonicznych rozczyńw soli kuchennej; tego rodzaju zmniejszenie odporności istnieje w żółtaczce, wywołanej przez toluylendyaminę, lecz tu uszkodzenia wątroby poprzedzają zmiany we krwi.

Zmniejszonej odporności krwi, wobec hypotonicznych rozczyńw soli, nie należy uważać za przyczynę choroby, uzależnioną li tylko od samych krwinek, po wycięciu bowiem śledziony krwinki mogą wykazywać odporność normalną, a więc grają tu rolę i inne czynniki. Prof. Banti na podstawie materiału klinicznego i badań doświadczalnych na zwierzętach przypisuje śledzionie dominujące znaczenie w powstawaniu odporności krwinek czerwonych. U normalnych zwierząt po wycięciu śledziony B. obserwował zawsze wzmożenie odporności; to samo notował u kilku chorych po splenektomii.

Z moich badań, które wykonywałem na zwierzętach w pracowni przy oddziale Sawickiego i Ciechomskiego, mogę wnioskować, że u zwierząt splenektomizowanych uchylenia od normy w odporności krwinek czerwonych są nieznaczne.

Banti w jednym przypadku u człowieka

znalazł zmniejszoną odporność w ośm lat po splenektomii.

Przypadek, który udało mi się obserwować na oddziale Sawickiego, należy pod tym względem do t. zw. czystych, ponieważ splenektomia była wykonana na skutek uderzenia chorego; a więc przy badaniu miałem do czynienia ze śledzioną zmiażdżoną mechanicznie, a nie zmienioną wskutek procesu patologicznego. Otóż nazajutrz po splenektomii notowałem początek hemolizy dopiero przy 0,34; jest to odporność niezwykle wysoka. Po upływie jednak miesiąca badanie odporności już nie wykazało żadnych uchybień od normy.

Należy dodać, że w danym przypadku był nadzwyczaj obfity wylew krwi, co mogło wpłynąć na zwiększenie odporności krwinek czerwonych.

Na dowód znaczenia w tym procesie śledziony Banti przytacza fakt, że krew, wzięta z *v. lienalis*, wykazuje mniejszą odporność, niż krew z ogólnego krwiobiegu.

Punkt zamarzania.

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jeden z objawów, cechujących żółtaczkę hemolityczną, na obniżenie punktu zamarzania krwi. Pierwszy opisał ten objaw Starkiewicz, któremu zawdzięczamy pierwsze prace polskie o żółtaczce hemolitycznej.

Starkiewicz tłumaczy wzmogłą koncentrację molekularną surowicy, jako objaw celowy w organizmie do zwalczania rozpadu krwinek. Troisier nie zgadza się na takie tłumaczenie; hipertonię surowicy w żółtaczkach hemolitycznych uzależnia on od zmian osmotycznych w krwinkach czerwonych; podług Troisier, wskutek uszkodzenia budowy krwinki dyfundują z niej sole.

Zmiany anatomopatologiczne.

Badania anatomopatologiczne w żółtaczkach hemolitycznych dostarczyły nam dotychczas mało danych. Stwierdzano wzmogłą czynność szpiku kostnego, dużą ilość nie zawierających żelaza barwików w wątrobie i śledzionie, niewiele zawierających żelazo barwików w śledzionie, nieco więcej w nerkach, obrzęk śledziony, przepełnienie oczek sieci mięszu przez zabarwione i odbarwione krążki krwi.

Eppinger znalazł zwężenie światła arterii centralnych w śledzionie i zmiany ścian naczyń. Wątroba nie zawiera prawie nigdy dostrzegalnych zmian, drogi żółciowe są zupełnie wolne od jakichkolwiek przeszkód w odpływie żółci i nie wykazują żadnych

zmian angiocholitycznych; w kiszkiach znajdujemy obfite występowanie barwika.

Patogeneza żółtaczek hemolitycznych.

Patogeneza żółtaczek hemolitycznych jest dotychczas niejasna. Nie zostało dotychczas wyjaśnione, czy powiększenie śledziony jest procesem wtórnym, czy też, jak twierdzi Banti, główną rolę odgrywa tu wzmogła hemolityczna czynność tego organu, czy też, jak chce Minkowski, wskutek niedostrzegalnych zaburzeń śledziony i wątroby pod wpływem czynników toksycznych powstają zmiany w tworzeniu się barwika.

Etyologia.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na etiologię żółtaczek hemolitycznych, skłonni będziemy twierdzić na podstawie wciąż gromadzących się danych, że przymiot i gruźlica stanowią jeżeli nie jedyne, to główne podłoże tego zespołu objawów, który jeszcze przed kilkoma laty miał niewyjaśnione pochodzenie. Kumpiess na 79 przypadków żółtaczki hemolitycznej znalazł 12 razy przymiot i 5 razy gruźlicę.

Leczenie.

Co się tyczy leczenia, nie mogę na podstawie ogłoszonych dotychczas wyników operacji wycięcia śledziony, uznać tego zabiegu za radykalny, a raczej za półśrodek pomimo, że notowano po wykonaniu go ustępowanie pewnych objawów chorobnych, jak anemii, żółtaczki i urobilinuryi. Gdybyśmy nawet przypuścili, że śledzioną jest tu główną sprawczynią zaburzeń ustrojowych, przyznać jednak musimy, że wyeliminowanie z organizmu tego organu nie może być obojętne dla ustroju. Wszak znanem jest znaczenie śledziony w metabolizmie żelaza, w syntezie hemoglobiny, znaną jest rola jej krwiotwórcza, rola ochronna zawartych w niej ciałek białych; niektórzy badacze, jak Bellamy, Schiff, Baccelli przypisują jej rolę doniosłą w aktywowaniu fermentów trzustki i żołądka, oraz we wpływie na ruch robaczkowy kiszek. Zwierzęta pozbawione śledziony podług badań Quarta gorzej niż normalne asymilują glukozę, lewulozę i laktozę.

U chorych z wyjątej śledzioną stwierdzono zaburzenia nerwowe, senność, objawy melancholii, ogólne osłabienie.

Z danych literatury o splenektomii okazuje się, że zabieg ten jednak w żółtaczkach hemolitycznych dawał przynajmniej w pierwszych miesiącach po operacji dobre wy-

ki. Pierwsza operacja splenektomii w żółtaczce hemolitycznej była wykonana przez Banti'ego w 1803 r., później przez Micheli z doskonałym skutkiem, a nawet w jednym przypadku Eppingera obawa ostrego żółtego zaniku wątroby ustąpiła. Wogóle opisano do tychczas 14 przypadków splenektomii w żółtaczkach hemolitycznych. Wykonywanie splenektomii w innych chorobach dawało mniej pomyślne wyniki. W leukemii splenektomia jest zgodnie przez wszystkich autorów uważana za przeciwwskazaną. W *anaemia splenica infantum* Wolf i Graff opisują dwa przypadki, w których splenektomia miała uratować życie. Sonnenberg przed 2 laty demonstrował na posiedzeniu chirurgów chłopca, któremu przed 9½ laty wyciął śledzionę z powodu *anaemia splen. infant.*

W chorobie Banti'ego Jordan operował 17 razy z 3 zejściami śmiertelnymi, Armstrong — 32 razy z 9 exit. letal., Mayo — 18 razy z wynikami narazie pomyślnymi, Mühsam — 29 przyp. z 5 exit. let.; jednego z operowanych Mühsam widział po upływie dwóch lat, jako zdrowego. W anemii złośliwej splenektomia teoretyczna jest uzasadnioną, jeżeli wierzyć z Eppingerem, że w tej chorobie wzmożona jest czynność hemolityczna śledziony lub też jeżeli uznać pogląd Klemperera i Hirschfelda, że usunięcie śledziony jest pobudką do wzmożonej funkcji szpiku kostnego.

Jednak cały szereg autorów twierdzi, że o istotnem wyleczeniu za pomocą splenektomii w anemii złośliwej mowy być nie może. Münsam operował w 8 przypadkach anemii złośliwej; w sześciu po operacji podniosła się ilość hemoglobiny; inni, którym hemoglobiny nie przybyło, zmarli wkrótce, lecz i pozostających przy życiu autor nie uważa za wyleczonych. Efekt operacji w większości przypadków jest notowany przez chirurgów, jako przemijający.

Na zakończenie pozwolę sobie opisać przypadek hepato- i splenomegalii z żółtączką okresową, demonstrowany przeze mnie z Zofią Drosio-Aleksandrowiczową na posiedzeniu sekcji gastrologicznej.

Rozalia R., l. 30. Anamnesis. Ospa naturalna w 8 roku życia, odra w 16-ym, przed rokiem krwioplucie.

Zamężna od 17 roku życia. Dwa porody pierwsze normalne, dzieci żyją. Następne poronienie w 3-im miesiącu. Później poród, dziecko umarło po roku. Przed siedmioma laty poronienie w szóstym tygodniu ciąży przy *graviditas extrauterina* (operacja).

Rodzice żyją, ojciec ma astmę. Z 8 rodzeństwa brat jeden choruje od sześciu lat na żółtączkę, powtarzającą się prawie co rok zwykle je-

sienią. Badanie nic nienormalnego w wątrobie ani śledzionie nie wykazuje.

Cierpienie, które spowodowało chorobę do szpitala, datuje się od ośmiu lat. Choroba zaczęła się bez żadnej widocznej przyczyny od nudności, wymiotów żółcią, po których chora nazajutrz była żółta. Żółtaczka trwała około czterech miesięcy; wezwany lekarz określił chorobę, jako kamicę żółciową. Chora przypomina sobie, że miała wówczas dreszcze, czy jednak gorączkowała, nie umie tego powiedzieć. Zaznacza bardzo wyraźnie, że ani w okresie pierwszej żółtaczki, ani nigdy później nie miała stolców odbarwionych, przeciwnie, podczas pierwszej żółtaczki stolce były bardzo intensywnie zabarwione na kolor żółtoczerwony.

Bólów silnych w okolicy wątroby w owym czasie nie odczuwała; bóle pojawiły się znacznie później, już w ostatnim roku choroby, nie związane zupełnie z napadami żółtaczki, która w ciągu ośmiu lat powtórzyła się dwukrotnie w znacznie mniejszym stopniu i trwała za każdym razem tylko po kilka tygodni. W rok po pierwszej żółtaczce (przed 7 laty) chora była operowana z powodu ciąży pozamaciowej. Lekarz, który ją leczył poprzednio, obecny przy operacji, mówił jej później, że wątrobę ma zupełnie zdrową.

Dopiero od roku chora odczuwa w prawym boku pewną ciężkość, przechodzącą czasami w napady bólów, zawsze ograniczonych tylko w okolicy wątroby, trwających po kilka godzin, uśmierzanych gorącymi okładami.

W lutym r. b. zgłosiła się do mnie z objawami żółtaczki, powiększoną śledzioną i wątrobą. Zaleciłem jej zapisanie się do szpitala św. Stanisława na oddział kol. Radziszewskiego. 25 marca została przyjęta do szpitala. Uskarża się na osłabienie, bóle w prawym boku, kaszel, trwający od dwóch miesięcy. Apetyt ma mały; stolce czasami obstrukcyjne, obecnie normalne. W nocy sypia źle; miewa częste bóle głowy.

Badanie wykazało: Wzrost mały, budowa prawidłowa, odżywianie średnie. Cera śniada, białkówki lekko żółto zabarwione, śluzówki różowe. Tony serca czyste, granice normalne.

Płuc a: odgłos wypukowy niezmienny, pod lewą łopatką ognisko drobnych rzeżeń, w pozostałych częściach płuc pęcherzykowy normalny.

B r z u c h: blizna po cięciu środkowym, ściany wiotkie. Przy palpacji brzuch bolesny szczególnie w okolicy wątroby.

Wątroba powiększona, miękka, o powierzchni gładkiej, brzegu prawidłowym, wyczuwającym się na 4 palce poniżej łuku żebrowego. Pęcherzyk żółciowy nie wyczuwalny.

Śledzioną dużą, wyczuwa się z łatwością pod łukiem żebrowym, bardzo twardą, o brzegu tępym nieco bolesną.

Obiedwie nerki opuszczone, wyczuwają się łatwo, szczególnie lewa, bolesne na ucisk.

W płwocinie niezbyt obfitej ropnej laseczników Kocha nie znaleziono.

Reakcja Pirqueta słabo dodatnia, odczyn Wassermann'a dodatni (+++).

K r e w: 30 marca: ciałek czerwonych 3.080.000. białych 3.100, zmian morfologicznych nie zauważono.

Odporność: H₁ = 54 H₂ 52 H₃ 42. Izolizyn, autohemolizyn i autoaglutynin nie znaleziono.

M o c z: Ilość dobową 900 cm. — 1300 cm. ciężar gatunkowy 1030.

Odczyn słabo kwaśny.

Białka i cukru niema.

Barwików żółciowych i kwasów żółciowych niema.

Chlorki 14⁰/₀₀, mocznik 24⁰/₀₀, w osadzie nic nienormalnego nie znaleziono.

W wydzielaniu zastrzykniętego pod skórę błękitu metylowego stwierdzono charakterystyczne dla niedomogi wątrobowej przerwy.

Przebieg. Po sześciu dniach pobytu w szpitalu po stosowaniu środków wykrztuśnych, kaszel stopniowo ustał. Ogólne osłabienie jednak pozostało bez zmiany. Do niego w początku kwietnia przyłączyły się bóle głowy w okolicach czołowej i potylicznej, zjawiające się wieczorem, oraz bóle rąk i nóg ponad łokciami i w przednich częściach goleni. Preparaty salicylowe okazały się najzupełniej bezskutecznymi. 16 kwietnia wobec znalezionych w bolesnych miejscach wyraźnych guzowatości w dolnej części ramienia i na przedniej powierzchni *tibiae* zastosowano leczenie jodkiem potasu, które przyniosło chorej pewną nieznaczna ulgę. Pomimo bardzo niewielkich dawek jodku potasu (4.0 : 180.0 — trzy łyżki dziennie), już 23 kwietnia notowano niewielką wysypkę plamistą na brzuchu, która stopniowo stawała się coraz obfitszą i doszła do maximum w pierwszych dniach maja, zajmując brzuch, piersi i plecy. Na kończynach i twarzy nie było jej zupełnie. Nie zauważono żadnego objawu podrażnienia śluzówek.

2 maja wobec otrzymania dodatniego wyniku odczynu Wassermana, przerwano leczenie jodkiem potasu i zastosowano rtęć. Po dwunastu zastrzyknięciach soli rtęciowej chora czuje znaczną ulgę, nie skarży się na bóle głowy, bóle w rękach i nogach zjawiają się jeszcze czasami przelotnie, bardzo nieznaczne, na ramionach nie wyczuwa się żadnej guzowatości, na goleniach guzowatość jest mniejsza i mało bolesna.

Śledziona wydaje się mniejszą.

Podczas całego pobytu w szpitalu chora nie miała napadu żółtaczki. Temperatura w początku dochodziła do 38⁰, po zastosowaniu kuracji swoistej nie przechodziła poza 37,4⁰

Odczynu Herxheimera, polegającego na wzmożeniu się objawów przymiotowych, nasileniu żółtaczki po zastosowaniu neosalwarsanu nie próbowaliśmy ze względu na stan nerwowy chorej.

Reasumując wszystkie przytoczone dane, wykluczamy z góry w danym przypadku możliwość retencyjnej żółtaczki, wywołanej powstaniem przeszkody uciskowej, czy też wskutek procesu t. zw. kataralnego. Mogą tu być brane w rachubę zespoły objawów, cechujące t. zw. choroby Hanot'a i Banti'ego z powodu podwójnego przerostu wątroby i śledziony, żółtaczki, zabarwienia stolców, anemii i leukopenii.

Zarówno choroba Hanota, jak i Banti'ego, uzależniane są coraz częściej od przymiotu. Jednakże okresowe powstawanie żółtaczki, zmniejszona odporność krwinek wobec hypotonicznych rozczyńw soli, szczególnie występowanie maximum hemolizy przy 0,42 nasuwają nam przypuszczenie, że w danym przypadku mamy od czynienia z zespołem objawów, cechujących żółtaczkę hemolityczną.

Pozwoliłem sobie szczegółowo opisać ten przypadek ze względu na dotychczas rzadko stwierdzaną etiologię przymiotową żółtaczek hemolitycznych, oraz ze względu na brak w literaturze naszej podobnego zespołu objawów ¹⁾.

PIŚMIENNICTWO.

1. Banti. Splénomégalie hémolitique anhémo-poietique; le rôle de la rate dans l'hémolyse. Sem. méd. № 27. 1913. 2. Caussade et Georges Frenckel. Syndrome de Hanot syphilitique survenue à la période secondaire. Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôpitaux de Paris. № 16. 1914. 3. Chauffard. Patogénie de l'ictère hémolitique congénitale. Ann. de Médecine. № 1. 1914. 4. Choroby krwi i splenektomia. Berl. Gesell. f. Chirurgie. Cytowane podług B. kl. W. № 4. 1914. 5. Chauffard, Vincent. Hémoglobulinurie hémolysinique avec ictère polycholique aigu. Sem. Méd. № 51. 1909. 6. Chevallier. Recherches sur la siderose et la melanodermie. An. de Med. 1915. 7. Tofanof i Michajlof. Matierjały k'woprosu ob otprawlenjach sielezionki. Russkij Wracz. № 46 i 47, r. 1914. 8. Guillaïn et Troissier. Du rôle des hémolysiques en pathologie. Congr. franç. de Medecine. Lyon. 1913. 9. Hymans, Bergh und Snapper. Untersuchungen ueber dem Icterus. Berl. kl. W. № 24, 25. 1914. 10. Kindberg. Maladie de Banti et anémie splénique. Ann. de Méd. № 2. 1914. 11. Lejars. Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. Sem. méd. № 10. 1914. 12. May. La résistance

globulaire à la saponine. Ann. de médecine. № 6. 1915. 13. Mosse. Polyglobulie und Lebererkrankung. Zeit. f. kl. Med. 79 B. 1914. 14. Plehn. La fièvre bilieuse hemoglobinurique. 1914. 15. Port Fr. Neue Forschungen und therapeutische Bestrebungen auf dem Gebiete der Blutkrankheit. 1914. 16. Referaty z dwóch ostatnich roczników. Sem. Médic. i inne. 17. Schminke Alexander. Ueber die normale und pathol. physiologie der Milz. M. M. W. № 28, 29. 1916. 18. Sobolew. Zur Lehre ueber Lebercirrhose. 1913. 19. Starkiewicz Louis. Cholémimétrie. Paris. 1904. 20. Starkiewicz Władysław. W sprawie patogenyzy przewlekłej żółtaczki wrodzonej. Gaz. Lek. 1907. 21. Tenże. O żółtaczce hemolitycznej w związku z kwestią ziarnistości czerwonych krążków krwi. Gaz. Lek. 1909. 22. Szokalski Kazimierz. Wpływ śledziony na wytwarzanie się hemolizyn. Medycyna. 1907. 23. Widai, Abram i, Brulé. Les ictères hémolitiques acquis. Congr. de Méd. Lyon. 1911.

¹⁾ Praca ta została również pomieszczona w Zeitschrift für klin. Medizin. 83 Bd. H. 3 u. 4.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. E. Siegel. W sprawie całkowitego wycięcia jelita grubego.

Od czasu, gdy de Quervain wykazał, że wykluczenie znaczniejszych odcinków okrężnicy spowoduje poważne zaburzenia dla ustroju, poczęto wykonywać zamiast wykluczenia wycinanie częściowe, a nawet całkowite jelita grubego.

Autor w przypadku wrodzonego zbowrozenia części okrężnicy zstępującej wykonał najpierw połączenie początkowego odcinka poprzecznej z okrężnicą esowatą, gdy zaś ten zabieg nie dał wyników pożądaných, wycięto całe jelito grube poniżej kątnicy, połączwszy tę ostatnią z częścią miedniczną odbytnicy. Pewne zaburzenia w sprawności jelit szybko ustąpiły, i obecnie po upływie prawie 3 lat pacjentka jest zupełnie zdrowa i zdolna do pracy, pomimo że nie zachowuje żadnej diety szczególnej. Z innych autorów Lanc wykonał 50 wycięć okrężnicy z wynikami dodatnimi w 48 przypadkach, przytem dłużej trwających rozwolnień nie spostrzegano. Siegel w połączeniu kątnicy z odbytnicą widzi dodatnią stronę, zapobiegającą uporczywym rozwolnieniom po całkowitych wycięciach jelita grubego.

(*Deutsche med. Woch. 1916 Nr. 35*).

L. Z.

14. A. Tar. Nowe wskazania do wstrzykiwań magnezowych.

Zasługą jest Instytutu Rockfeller'a w New-Yorku, że nie tylko zbadane zostało działanie na ustrój jonów magnezu, lecz również wy-

korzystano ich własności do celów leczniczych. Auer i Meltzer zastrzykiwali dożylnie siarczan magnezowy w celu znieczulania ogólnego, Stadler i Falks zastosowali ten sam związek do leczenia tęcza. Autor w przypadkach porażen kurczowych nerwów obwodowych po postrzałach i innych uszkodzeniach, w przypadkach rwy kulszowej, zapalen nerwów urazowych i wogóle nerwobólów posilkował się wstrzykiwaniami siarczanu magnezu z b. dobrymi wynikami. Technika ręczny polega na tem, że 10 — 15% roztwór wodny wyjałowiony siarczanu magnezu wstrzykuje się w pień odpowiedniego nerwu. W razie prawidłowo wykonanego wstrzyknięcia chory reaguje żywo, odczuwając jakgdyby „skurcz elektryczny“ w miejscu ukłucia. Wynik dodatni nie daje długo na siebie czekać: w kilka godzin po wstrzyknięciu, a najdalej następnego dnia, przykurczenia, bóle i t. p. ustępują, zbowrozenia czucia jednak trwają często dalej. W przypadkach porażen, połączonych z bólami i przykurczeniami, ilość stosowanego roztworu siarczanu magnezowego wynosiła 10—15 cm. sz.; w przypadkach nerwobólu wystarczało użyć mniej, t. j. 2—5 cm. sz. Tar poleca, jako korzystne, dodawanie na każde 10 cm. sz. zaproponowanego roztworu siarczanu magnezowego 5 cm. sz. związku sodu z lumentem (*Natrium—Luminalat*). Autor obiecuje w najbliższej przyszłości szczegółowe opracowanie omawianego zabiegu leczniczego, tymczasem zachęca do prób odnośnych.

(*Deutsche med. Woch. 1916, Nr. 35*).

L. Z.

Przegląd bibliograficzny.

Mianownictwo i podział chorób. Opracowała Komisja, utworzona przez Wydział Szpitalnictwa i Dobroczynności Publicznej, złożona z drów A. Leśniowskiego, W. Męczyńskiego, Br. Sawickiego i W. Szenajcha przy udziale drów Chodźki, Flatau, Gromadzkiego, Kamockiego, Lubliner, Popiela, Rzętkowskiego i Watraszewskiego. 1916, Warszawa, nakładem Wydz. Szpit. i Dobr. Publ. Stronic 32.

Wydawnictwo to jest pierwszą w dziejach szpitalnictwa naszego próbą wprowadzenia ładu do zawiłanej dziedziny rozpoznaw klinicznych. W dziedzinie tej istotnie spotykało się nieraz dyagnozy bądź poprostu humorystyczne (np. „*catitis et ossa*“—co miało oznaczać, że z chorego pozostała tylko skóra i kości), bądź też tylko objawowe, jak np. „*ascites*, „*febris* i t. d. Jest rzeczą oczywistą, że wobec tego rodzaju rozpoznaw nie mogło być mowy o dobrej statystyce szpitalnej, część bowiem materiału szpitalnego ginęła bez żadnego pożytku dla celów statystycznych. To

też z żywym uznaniem podnieść należy inicjatywę Wydz. Szpit., dążącą do sanacji tych stosunków. Inicjatywa ta wyraziła się przede wszystkim w ustanowieniu płatnych posad lekarzy, prowadzących statystykę w każdym ze szpitali. Dalszym aktem na teje drodze było opracowanie nowych kart szpitalnych, uwzględniających obok rozpoznania „choroby zasadniczej“ jeszcze „choroby współistniejące“, „powikłania“ i „choroby przypadkowe, nabyte w szpitalu“. Ostatnio wreszcie wydane zostało wymienione w nagłówku „Mianownictwo i podział chorób“ i jednocześnie ordynatorzy szpitalni otrzymali okólnik, zalecający przestrzeganie terminologii, w wydawnictwie tem przyjętej.

Jak widzimy więc, praca ta ma charakter oficjalny i obowiązujący dla lekarzy szpitalnych. Ponieważ wzamian za to lekarze szpitalni mają prawo wymagać, ażeby to, co ich obowiązuje, stało na współczesnym poziomie wymagań i naukowych i językowych, przeto wydaje mi się nie od rzeczy poczynienie kilku uwag w celu bądź usunięcia pe-

wnych usterek w wydaniu następnym, bądź też wszczęcia dyskusji o kwestiach wątpliwych. Przedewszystkiem jednak zaznaczyć muszę, że całość wypadła nader dodatnio, co zresztą gwarantował dobór autorów, i że terminologia polska oparta została na krakowskim „Słowniku lekarskim polskim“.

Podział chorób jest konsekwentnie zastosowany do celów statystycznych i nie budzi żadnych wątpliwości. Całą patologię autorzy podzielili na 18 działów: dział 1-y obejmuje wszystkie choroby zakaźne, dział 2-gi—nowotwory, 3-ci—ogólne choroby niezakaźne, potem idą uszkodzenia, zatrucia, choroby poszczególnych układów narządowych i t. d.

W zakresie tytułów poważniejszą wątpliwość budzi tylko dział 1-y, podzielony na 4 poddziały i oznaczony 4-ma tytułami w taki sposób, że czytelnik doznaje wrażenia, iż „choroby przenoszone ze zwierząt“ odnoszą się do poddziału B; poddział ten jednak obejmuje gruźlicę, a choroby, przenoszone ze zwierząt, znajdujemy w poddziałach A i D. Nieporozumienia tego da się łatwo uniknąć bądź za pomocą odpowiedniego przemianowania całego działu, bądź też przez właściwe zatytułowanie poszczególnych poddziałów.

Co się tyczy braków, t. j. chorób nieślusnie pominiętych, to zapewne nie są one znaczne. Najważniejszym wydaje mi się brak chorób tarczycy, pominięto bowiem zarówno wole (*struma*), jak i zapalenie gruczołu tarczowego (*thyreoiditis*). W dziale chorób skóry pominięto „*psoriasis*“ i „*pityriasis rosea et versicolor*“. W dziale chorób płucnych — zapalenie płuc opadowe. W dziale chorób zakaźnych pominięto r u m i e ń z a k a ż n y (*erythema infectiosum*), uznany już za jednostkę oddzielną. W tymże dziale możnaby zamieścić i t. zw. „czwartą chorobę“ (*morbus Duker-Filatow*) ku zadowoleniu zwolenników jej odrębności, choć akta tej sprawy nie są jeszcze zamknięte. Dla ścisłości zaznaczam, że pominięto wszystkie egzotyczne choroby zakaźne (mór, trąd i t. d.), pomieszczenie ich miałoby oczywiście znaczenie tylko akademickie.

W dziale chorób serca ważnym wydaje mi się brak terminu „*insufficiencia cordis*“ (niedomoga serca). Jeżeli autorzy opuścili termin ten świadomie, to zapewne dlatego, że jest określeniem nie anatomicznym, lecz czynnościowym. Zapatrywanie takie nie może być jednak uznane za trafne już choćby z tego względu, że klasyfikacja chorób na podstawie tylko anatomicznej jest rzeczą niemożliwą. Nie wyrzekniemy się przecież takich jednostek chorobowych, jak neurasthenia, hysteria, neurosis i t. d. Autorzy nie zawahali się zresztą pomieścić w dziale omawianym *anginae pectoris*, chociaż nazwa ta doskonale daje się zastąpić określeniem anatomicznym, mianowicie m i a ż d ż y c ą t ę t n i c w i e ń c o w y c h. Natomiast termin „*insufic. cordis*“ (albo „*discompensatio cordis*“) jest nie do zastąpienia. Jeżeli np. chory cierpi na niedomogę serca (obrzęki, duszność, nieprawidłowe tętno etc.), a karta szpitalna opiewa

tylko rozpoznania takie, jak „*emphys. pulm.*“, „*arteriosclerosis*“, „*myocarditis chr.*“, „*vitium cordis*“, to karta taka jest bezwarunkowo niedostateczna, terminy bowiem wymienione nie nam jeszcze nie mówią o stanie, w jakim chory się znajduje i, co ważniejsze, z którego powodu umiera, lub umrzeć może. Bardzo częstym jest w szpitalach typ chorego w wieku starszym (nie podpadającego pod określenie uwiązdu starczego), obciążonego zarówno rozedną płuc, jak stwardnieniem tętnic, którego moczu zawiera ślady białka, u którego wolno przypuszczać *myocarditidem chronicam* (ew. *myodegenerationem*) i który cierpi, wzgl. umiera na niedomogę serca. W takich przypadkach częstokroć bywa wprost niemożliwym określenie, która z wymienionych chorób ma znaczenie zasadnicze, najczęściej bowiem chodzi tu o zespół przyczyn, na których czele stoi nie ten lub inny stan chorobowy, lecz wiek chorego. W tych razach jedynie słusznym jest podanie niedomogi serca, jako sprawy zasadniczej, malującej zarówno stan chorego, jako też tłumaczącej przyczynę ewentualnej jego śmierci. Ze względów powyższych sądziłbym, że klinicysta nie może być pozbawiony możliwości używania tego uprawnionego terminu, a kwestyę tę poruszyłem dla tego obszerniej, że chodzi tu o wyraz, używany w szpitalach—obok gruźlicy—bodaj że najczęściej.

W tymże dziale znajdujemy pod №№ 123 i 132 tylko ogólnikowe określenia: *vitium cordis congenitum* i *vitia c. acquisita*. Skoro autorzy znaleźli miejsce dla wyliczenia takich „chorób“, jak *anhydrosis* lub *hyperhydrosis* (№ 279) to śmiało można było poświęcić jeszcze parę wierszy dla wymienienia poszczególnych wad serca, stanowiących tak ważne i tak od siebie różne jednostki chorobowe. Usunąłbym natomiast *morbus coeruleus* (№ 124) jako określenie zupełnie przestarzałe i czysto objawowe, a w dodatku bardzo nieścisłowie przetłumaczone (podobnie jak w „Słowniku“) jako „*sinica*“.

Do wadliwych tłumaczeń zaliczyć trzeba jeszcze №№ 75 i 86. Pierwszy: „*anaemia splenica infantum*“ przetłumaczono na „białączkę śledzionową niemowląt“. Po łacinie lepszym jest termin „*anaemia pseudoleucaemica*“, a po polsku powinno być: „niedokrwistość rzekomobiałaczkowa“. Drugi dotyczy „stanu grasiczo-żółtowego“; jeżeli wyraz „żółtawy“ odpowiada łacińskiemu „*scrophulosus*“, to nie może jednocześnie odpowiadać wyrazowi „*lymphaticus*“, wobec czego lepszym będzie określenie: „stan grasiczo-limfatyczny“.

Kilka zastrzeżeń miałbym jeszcze co do działu XVI-go i co do skorowidza. W dziale XVI-ym, dotyczącym ciężarnych, rodzących i położnic, opuścił autor większość terminów łacińskich, wskutek czego naprzóżno poszukiwać będziemy w skorowidzu, takich ważnych w akuszerii terminów, jak *graviditas extrauterina*, *febris puerperalis* lub *eclampsia gravidarum*. Natomiast pod Nr. 314-ym pomieszczono „śmierć nagłą podczas porodu“.

Ponieważ śmierć nagle zdarza się przecież nie tylko podczas porodu, należało umieścić ją w innym dziale, mianowicie XVIII-ym, obejmującym „uzupełnienia”. Co do skowidza, to lepszym byłby pełny skowidz tylko łaciński, niż skowidz mieszany, dwujęzyczny, zmuszający czytelnika do ustawicz-

nego pamiętania, że termin, którego nie znalazł po łacinie, jest zamieszczony w języku polskim.

Na pierwszej stronicy pod Nr. 5-ym figuruje błąd zecerski: zamiast „rubeola” wydrukowano „roseola” (różyczka).

K. Oczesalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

D. 20 czerwca 1916 r.

1) Karwacki L. wygłosił rzecz p. t.: „O nowej postaci duru rzekomego”. (Praca ta będzie drukowana w Gaz. Lek.).

W dyskusji Rzętkowski zapytuje: 1) jak wypadł odczyn dwuazowy w przypadkach opisanych, 2) czy była stwierdzona leukopenia i 3) czy ziarnik, wykryty przez K., okazał się chorobotwórczym dla zwierząt. Rz. podkreśla znaczenie danych K. nie tylko dla kliniki duru brzuszno, lecz i dla duru plamistego, gdyż przedstawione przypadki, ze względu na swą krótkotrwałość i charakter krzywej ciepłoty, mogłyby być rozpoznawane, jako dur plamisty. Rz. radzi unikać określenia „paratyphus”, ponieważ z pojęciem tem związana jest obecność ściśle określonych laseczek paratyfusowych.

Karwacki odpowiada, że: 1) odczyn dwuazowy wypadł ujemnie, 2) ilość białych ciałek nie była określona i 3) że próby na zwierzętach nie były przeprowadzone. Co się tyczy nazwy „paratyphus”, to śmiało używać jej można jako określenia zbiorowego dla zakażeń, które klinicznie przebiegają podobnie do duru; zakażenia te bywają wywoływane nie tylko przez szereg laseczek z grupy las. okrężnicy, lecz i przez ziarniki, np. *micrococcus tetragens*.

2) Salutryński (Francja), „Prosty sposób leczenia złamań uda”. Odczytał W. Horodyński. (Druk. w „Gaz. Lek.” № 3. r. 1916. T. II).

W dyskusji Borzymowski uważa opisany sposób za identyczny ze sposobem Hennequina. Oryginalnym pomysłem S. jest tylko uzasadnienie tego sposobu. Opieranie jakiegokolwiek sposobu na jednym przypadku nie wytrzymuje krytyki pod względem klinicznym. W przypadku swoim S. przed zastosowaniem leczenia nie zmierzył nogi, więc niewiadomo, czy i przed wyciągiem nie było tego samego skrócenia. S. nie zgadza się z teorią S., według której wskutek wyciągu za podudzie tworzy się na miejscu złamania kąt otwarty ku górze; zjawisko to widzi się przy wszelkich złamaniach długich kości i zależy od opadania ośląmków, z powodu ich własnego ciężaru. Gdyby nawet tak było, jak S. twierdzi, to wogóle stosuje się przy złamaniach uda wyciąg podudzia i uda.

Sawicki Br. zaznacza, że obok podobieństwa istnieje między obu sposobami różnica. Salutryński stosuje wyciąg na dolny odcinek uda, natomiast w sposobie Hennequina zasadniczą rolę odgrywa ustawienie uda za pomocą bandaża w stosunku do goleni, sam zaś wyciąg ma znaczenie drugorzędne.

Leśniowski nadmienia o niedostatecz-

ności wszystkich znanych sposobów leczenia złamań uda. O wartości sposobu S. rozstrzygnie praktyka.

Prof. Kryński sądzi, że uzasadnienia geometryczne S. są słuszne, lecz idea sposobu nie jest nowa, gdyż ten sam cel ma na widoku znany sposób z gwoździami wbijanymi do dolnego odcinka uda.

Horodyński dodaje, że praktyka wykazuje słuszność teoretycznych wywodów S., którego sposób spotkał się z wielkiem uznaniem w Stow. Chir. w Paryżu w r. 1913-ym.

3) Zweigbaum odczytał rzecz p. t. „O katalogach Biblioteki Tow. Lek. Warsz. i o potrzebie katalogu drukowanego”. (Będzie drukowana w Pam. Tow. Lek.).

W dyskusji zabierali głos: Sekretarz Stały A. Sokołowski, Wł. Gajkiewicz i Al. Żurkowski.

Dnia 27 czerwca 1916 r.

1) Pręgowski P. wygłosił rzecz p. t.: „W sprawie leczenia t. zw. otępienia wczesnego (*dementia praecox*)”. Doniesienie tymczasowe).

Autor podał własną metodę i wyniki leczenia otępienia wczesnego. Psychoza ta, według P., wywołana zostaje przez zatrucie kory mózgowej produktami wymiany materii, niedostatecznie odprowadzanymi z powodu zacisków w naczyniach krwionośnych i niedostatecznego ich rozszerzania się. Podane przez autora leczenie jest następujące: 1) stosowanie ogrzewaczy na okolicę kręgosłupa celem zadziałania na ośrodki naczynioruchowe; P. używa znanych termoforów z octanem potasu, ułożonych (4—5 sztuk) w pochwie płóciennej; 2) poddawanie całej powierzchni ciała: a) ogólnemu masażowi, b) działaniu natrysków pod wysokim ciśnieniem, c) zwykłemu szorowaniu i masowaniu w czasie kąpieli; 3) chorzy podlegają systematycznemu leczeniu napotnemu, i 4) w dalszych okresach leczenia — terapia jodowa. Nadto stosowane bywają według potrzeby środki wzmacniające, nasenne i t. d.

W stanach ostrych stosuje się w pierwszych dniach zabieg napotny i masaż ogólny codziennie, a termofory po 2 razy dziennie. Po 4—6 dniach stosuje się w ciągu tygodnia termofory i masaż raz dziennie, kąpiele napotne 3 razy tygodniowo, następnie pierwsze stosuje się 3, a kąpiele napotne 2—3 razy na tydzień. Począwszy od 4-go tygodnia ogrzewacze oraz ogólne mięśnienie stosowane są dalej po 3 razy, zaś leczenie napotne 1—2 razy na tydzień, a natryski wysokiego ciśnienia nie częściej, jak co 5—6 dzień. Leczenie trwać może szereg miesięcy z ewentualnem dołączeniem tera-

pii jodowej. W przypadkach przewlekłych stosuje się odrazu ostatni powolniejszy sposób leczenia.

Metodę powyższą P. stosował w przypadkach niewątpliwego otępienia wczesnego, w przypadkach cierpień neurastenicznych, w stanach podniecennych o charakterze nie czysto maniakałnym i w stanach przygnębiennych. Wśród 86 przypadków leczonych: 1) w 15-u leczenie trwało zbyt krótko (1 — 4 tygodnie, ażeby można było je ocenić, 2) w przypadkach neurastenicznych, pomimo niedość długiego leczenia, stwierdzono we wszystkich przypadkach bądź znaczną poprawę, bądź całkowite ustąpienie dokuczliwszych objawów, 3) w 9-ciu przypadkach podnieceń charakteru mieszanego otrzymano wrażenie, jak gdyby w trakcie leczenia podniecenie traciło charakter mieszany i stawało się czysto maniakałnym, 4) wśród pozostałych 48-iu przypadków było: a) 20 — ostrego otępienia wczesnego łącznie z depresją lękową, z których 6 wyzdrowiało, w 11-u stwierdzono znaczną, a w 3-ch nieznaczną, ale wyraźną poprawę, choć leczenie trwało w tych 14 przypadkach nie dość długo; b) 16 — przewlekłego otępienia wczesnego, z których 2 wyzdrowiały, w 8-iu niedość długo leczonych stwierdzono polepszenie, zaś w pozostałych 6-iu, choć dostatecznie długo leczonych, poprawy nie zauważono, c) 10 — przygnębienia nielekowego, z których w 6-iu nastąpiło wyzdrowienie, a w 4-ch zbyt wcześnie wypisanych — poprawa; wreszcie d) 2 — z przypuszczeniem otępienia wczesnego; w jednym z nich nastąpiła poprawa, drugi nie uległ poprawie.

Metoda stosowana była głównie w lecznicy prywatnej autora, czem tłumaczy się zbyt wczesne nieraz przerywanie leczenia.

W końcu swego odczytu P. zaznaczył, że w latach 1863 — 1864 anglik Chapman stosował w cierpieniach, polegających, zdaniem jego, na wpływach naczynioruchowych, ciepło i zimno na okolicę kręgosłupa, pragnąc w ten sposób zadziałać na nerwy naczynioruchowe.

W dyskusji Borzymowski zaznacza, że pasy elektryczne dla odpowiedniego regulowania ciepła mają tę zaletę, że nie ostrygają tak prędko, jak ogrzewacze stosowane przez P.

Kopczyński St. podkreśla, iż stosowanie przez P. obok termoforów i innych środków leczniczych, utrudnia należytą ocenę tego zabiegu. Co się dotyczy patogenety stanów neurastenicznych i otępienia wczesnego, to K. nie zgadza się z poglądami, wypowiedzianymi przez prelegenta.

Pawiński przypomina, że były podawane teorie powstawania nerwic i innych cierpień na tle zaburzeń naczynioruchowych. Według Hucharda zaburzenia naczynioruchowe prowadzą do młazdżicy tętnic. W leczeniu stanów nerwowych za pomocą różnych procedur hydropatycznych, P. zaleca oględność, gdyż często trudno jest przewidzieć, jak chory będzie je znosił. Niektórzy chorzy doznają skutkiem zabiegów wodoleczniczych tak silnego podniecenia, że zabiegi te przynoszą im tylko szkodę.

Pręgowski odpowiada Borzymowskiemu, że stosowanie pasów elektrycznych okazać się może również celowe, jak ogrzewacze lub inne zabiegi, gdy chodzi P. o działanie ciepła w tej czy innej postaci; Kopczyńskiemu — że metodę swoją w formie czystej stosował z początku, póź-

niej zaś dopiero, przekonawszy się o jej działaniu dołączał inne zabiegi i środki dla wzmożenia jej działania; Pawińskiemu — że podziela zdanie P. co do potrzeby ostrożności i indywidualizacji w leczeniu hydropatycznym i zawsze temi zasadami się kierował.

2) Sławiński omówił „Próbę leczenia contracturae palmaris Dupuytrenii“ i przedstawił chorego dotkniętego tem cierpieniem.

S. zaznaczył, że obok typowych przykurczeń bliznowatych istnieją zgrubienia guziczkowate (nacieczenia) głębokiej warstwy skóry. W przypadku przedstawionym, dotyczącym 51-letniego mężczyzny, u którego od lat 30-u istniało przykurczenie pierwszego, czwartego i piątego palca, S. w celu leczniczym zastrzykiwał 1% i 2% roztwór siarczanu miedzi w same zgrubienia. Wynik otrzymany jest nader zachęcający, gdyż chory prostuje dowolnie przykurczone dawniej palce i jest w stanie pisać.

W dyskusji Kopczyński St., powołując się na własny, przedstawiony przed kilku laty w Sow. Lek., przypadek tego cierpienia na wszystkich czterech kończynach u chorego, dotkniętego wiałdem rdzenia, porusza sprawę patogenety, gdyż ona może też wyświełlić skuteczność terapii. Według K., dziś w neurologii zapatrują się na te przykurczenia, jako na skurcze i bliznowate zgrubienia rozciągnia kiściowego (aponeurosis palmaris) w następstwie drażnienia miejscowego przy odpowiednim usposobieniu ośrodków nerwowych odżywczych (w bocznych rogach rdzenia szyjnego lub lędźwiowego). Stąd 1-o) zjawianie się tych przykurczeń u robotników w pewnych zawodach (np. u krajaczy korków — spostrzeżenia Brissauda) i 2-o) występowanie tych przykurczeń rodzinami, np. K. spostrzegał je u 2 braci. Wobec wpływów ośrodkowych leczenie miejscowe jest bardzo trudne.

Horodyński w odpowiedzi Kopczyńskiemu podkreśla, że należy rozróżniać przykurczenie Dupuytrena od innych przykurczeń. Typowe przykurczenie D. polega na zgrubieniu tylko powięzi i bywa cierpieniem dziedzicznym, natomiast inne przykurczenia, np. spostrzegane przez K., mogą polegać na skurczach, czy zgrubieniach innych tkanek i zależeć od różnych przyczyn, między innymi i od ośrodków nerwowych, jak owe przykurczenia symetryczne.

Kryński w podkreśla trudności ustalenia związku przyczynowego między cierpieniem a działaniem stosowanego przez S. środka. Zakres działania tego środka w promienicy, co zaznaczył S., a w przypadkach przykurczeń Dupuytrena, są to rzeczy b. różne. Może chodzi tu o działanie podobne do działania słabych roztworów azotanu srebra, więc wybitne ropotwórcze i zarazem aseptyczne, skutkiem którego następuje rozpuszczanie się tkanki. Jednakże w przyszłości, jako reakcja, nastąpić może zbliźnowacenie tkanki.

Kopczyński St. odpowiada Horodyńskiemu, że mówił tylko o przykurczeniach w następstwie skurczu rozciągnia kiściowego (aponeurosis palmaris) i właśnie cecha dziedziczności tego cierpienia, na którą powołuje się H., świadczy o wpływie na to cierpienie ośrodków nerwowych odżywczych.

Pawiński zapytuje, czy cierpienie omawiane nie stoi w związku ze stanami artrytycznymi.

Sławiński w odpowiedzi Kopczyńskiemu potwierdza zdanie, wyrażone przez Horodyńskiego. Co się tyczy patogenyzy tego cierpienia, to sądzi, że teoria zakażenia miejscowego ma za sobą dużo danych i zaznacza, że wobec zupełnej bezradności terapeutycznej otrzymamy wynik w jednym przypadku zachęci do dalszych prób.

3) Sławiński wypowiedział rzecz p. t. „Uproszczony sposób operowania przepukliny pachwinowej“ (drukowano w Gaz. Lek. № 19).

W dyskusji Kryński przypomina, że w podobny sposób postępował chirurg Jud w klinice braci Mayo. Pozostawienie na miejscu sznurka nasiennego, może być powodem nawrotu cierpienia. Z tego względu dużo ma słuszności metoda Bassiniego, według której sznurek nasienny przenosi się wyżej. W wielkich przepuklinach K. stosuje sposób własny, najradykałniejszy w tym kierunku, gdyż cały sznurek nasienny wraz z jądrem przenosi do jamy brzusznej.

Leśniowski, omawiając patogenę przepukliny podkreślił rolę wiotkości ściany brzusznej, która jest często przyczyną pierwotną powstawania przepuklin i najczęstszą przyczyną nawrotów po nawet najlepiej wykonanych zabiegach. L. niedawno operował chorego po raz siódmy, a po 2 miesiącach przepuklina wystąpiła znowu. Co się tyczy pozostawiania worka, to L. sądzi, że dużych worków pozostawias nie należy, gdyż większa jama może nie zarosnąć.

Krauze również sądzi, że dużego worka pozostawiać nie należy, wobec możliwości powstawania wodniaka; K. pozostawia worek po uprzednim rozcięciu na ścianie wewnętrznej, tylko w razie obecności znacznych zrostów. Sposób S. wy-

daje się K. dobrym i wart jest wypróbowania, lecz i po nim nawroty są możliw.

Borzymowski twierdzi, że pozostawienie worka jest szczególnie wskazane wtedy, gdy chodzi o dużą przepuklinę. Ma to specjalne znaczenie; gdy operuje się ludzi starych i wyniszczonych, ponieważ trwanie zabiegu zostaje znacznie dzięki temu skrócone. Usuwanie worka jest tylko wtedy wskazane, gdy zabieg ten daje się uskutecznić z łatwością.

Kaczyński zapytuje S., czy podana przezeń metoda dałaby się zastosować w przypadkach *herniae acetae*, gdy jelito na znacznej przestrzeni jest przyrośnięte w worku przepuklinowym, wobec czego nie można uniknąć wyseparowania worka.

Sławiński w odpowiedzi zaznacza tylko, że obecność powrózka nie może grać żadnej roli we wzmocnieniu ściany, i raz jeszcze wyjaśnia, że dachówkowanie płatów nie może mieć takiego znaczenia, jak złączenie mocnego odcinka rozciągniętego z więzmem. Powstawania nawrotów nie można objaśniać samymi tylko własnościami tkanek.

Przez dokładne zbliżenie i zeszywanie niezmięniowej powięzi otrzymać się daje pewną bliznę nawet u osobników z wiotką ścianą brzuszną z zachowaniem wszakże 2 warunków, dokładnego łączenia starannie odświeżonych (nie bliznowatych) brzegów powięzi, oraz odpowiedniego kierunku cięcia powięzi. Kaczyńskiemu odpowiada, że trzeba zawsze dojść do wolnej otrzewny powyżej worka, ażeby móżdż szczelnie zamknąć jamę otrzewny, co nie wyłącza możliwości pozostawienia części ściany worka, przyrośniętej do jelita, jeżeli oddzielenie jej powoduje dużo trudności.

K. Dąbrowski.

Sprawozdanie z działalności Sekcji Hygieny Szkolnej.

(Wrzesień i październik).

Sekcja Hygieny Szkolnej w bieżącym roku szkolnym objęła swą działalnością oprócz szkół miejskich jeszcze ochrony miejskie, znajdujące się pod Zarządem Sekcji Wychowania Przedszkolnego, oraz szkoły i ochrony na przedmieściach, włączonych do Warszawy. W ten sposób opieka higieniczna lekarska objęła swym wpływem do 900 oddziałów liczących normalnie po 50 uczniów. Liczby oddziałów do ostatniej chwili ustalić nie można było, ponieważ wciąż jeszcze zostają otwierane oddziały w mieście i na przedmieściach. Liczba lekarzy szkolnych wzrosła do 39. Lekarze szkolni podczas zapisywania nowowstępujących dokonywali oględzin powierzchownych i wyłączały dzieci z chorobami pasorzytniczymi oraz zakaźnymi. Po rozpoczęciu zajęć szkolnych lekarze odwiedzali szkoły i dokonywali oględzin gmachów szkolnych, czuwali nad ich czystością i porządkiem, kwalifikowali dzieci do ambulatoryów szkolnych oraz do kąpiel, dokonywali badań indywidualnych oraz szczepienia ospy ochronnej nowowstę-

pującym, oraz tym, którzy w przeszłym roku szkolnym nie poddali się szczepieniu. W ciągu września i października lekarze dokonali 2177 wizytacji i zaszczepili 3162 uczniom ospę ochronną. Dzieciom szkół miejskich st. m. Warszawy udzielano porad w chorobach zębów, ocznych, wewnętrznych, skórnych, chronicznych, nosa, gardła i oczu. Olbrzymia liczba dzieci chorych na próchnicę zębów skłoniła Sekcję Hygieny do wejścia w umowę z klinikami dentyściami, istniejącymi przy szkołach dentyściami, gdyż jedynie w ten sposób możliwe było zadośćuczynienie palącej potrzebie pomocy dentyścicznej.

W każdej klinice stale, podczas porad udzielanych dzieciom znajduje się mianowany przez Sekcję Hyg. Szk. lekarz specjalista pod którego nadzorem odbywa się praca dentyściczna i który również wykonywać powinien zabiegi chirurgiczne. Prócz tych dwóch klinik czynne są na Woli i Pradze specjalnie szkolne lecznice dentyściczne, w których pracują dentyści i dentyści przez Sekcję

Hyg. mianowani. Obie kliniki i lecznice zaczęły pracować w drugiej połowie września i do 1 listopada

udzielono porad	10078
zaplombowano zębów	2441
usunięto zębów	2104
doprowadzono do zupełnego porządku jamy ustne	853

W celu udzielania porad w innych specjalnościach skierowano dzieci do ambulatoryów w szpitalach miejskich i Instytutu Lenwała i Karola i Maryi, gdzie specjaliści w oznaczonych godzinach przyjmowali tylko dzieci szkół miejskich; w ambulatoriach powyższych udzielono porad w okresie od połowy września do 1 listopada:

w 3 ambulatoriach okulistycznych w chorobach oczu	730
zbadano dzieci z wadami refrakcyi	208
w 2 ambulatoriach chorób skórnych	240
„ 3 „ „ nosa, gardła i uszu	161
„ 3 „ „ chirurgicznych	120
„ 4 „ „ wewnętrznych	240

Chorób zakaźnych w ambulatoriach stwierdzono: 2 przypadki tyfusu brzuszego, 3 przypadki ostrego gościca stawowego, 2 krztuśca, 39 jaglicy, 28 świerzby, 1 parchów.

Sprawozdanie Podkomisyi Kąpielowej.

Za miesiąc wrzesień i październik 1916 r.

Od dnia 6 września do 30 października

wykąpano 695 oddziałów szkół miejskich i podmiejskich (część 2-krotnie, część 3-krotnie); ogólna liczba kąpeli wynosiła 44698 (we wrześniu 18896, w październiku 25802). Kąpiel odbywała się w 12 punktach: 8 centralnych i 4 lokalnych szkolnych a mianowicie:

W okręgu I dzielnicy Powązkowskiej (Stawki) 59 oddziałów 4118 kąpeli.

W okręgu II dzielnicy Okopowej (Dzielną 61) 59 oddziałów 2969 kąpeli.

W okręgu III dzielnicy Wolskiej (Wolska rog Syreny) 85 oddziałów 6931 kąpeli.

W okręgu IV dzielnicy Jerozolimskiej (Chmielna 91) 151 oddziałów 10050 kąpeli.

W okręgu V dzielnicy Praskiej (Piotrogrodzka) 86 oddziałów 6763 kąpeli.

W okręgu VI dzielnicy Powiśla (Drewniana) 113 oddziałów 4226 kąpeli.

W okręgu VII dzielnicy Centralnej (Mylana 11-a) 71 oddziałów: 3177 kąpeli.

W okręgu VIII dzielnicy Mokotowskiej (Olesińska) 18 oddziałów 1833 kąpeli.

W kąpielisku przy ul. Szerokiej 34 oddziałów, 2831 kąpeli.

W kąpielisku szkolnem Nowowiejska 27, 14 oddziałów, 1284 kąpeli.

W instytucie Lenwała 200 kąpeli.

W kąpielisku przy ul. Zagórnej 316.

Dzieci otrzymywały mydło; ręczniki przynosiły same. W niektórych kąpieliskach były strzyżone.

E. DOYEN.

W Paryżu zmarł E. Doyen, rozgłośny chirurg, przez lat kilka jedna ze znanych atrakcyj tamiecznych dla świata lekarskiego. Osiedlił się w stolicy prawie przed 25 laty, poprzedzony uznaniem, zdobytem w ciągu krótkiej praktyki w Reims, oraz po zwiedzeniu klinik niemieckich, gdzie zapoznał się z zaniedbaną jeszcze w tym czasie we Francji chirurgią brzuszną. W Paryżu otworzył własną lecznicę, wzorową na stosunki francuskie, i w lat kilka zdołał zdobyć wszechświatową sławę wirtuoza techniki operacyjnej. W rzeczy samej operacye Doyena przebiegały z szybkością zawrotną i pociągającą prostotą, a to dzięki wprowadzeniu nowych narzędzi oraz uproszczeniu techniki i całego rozkładu operacyi. Chirurgia nowoczesna jemu zawdzięcza cały szereg nowych pomysłów i metod. W powszechnem są użyciu i uznaniu związane z tem nazwiskiem narzędzia, że wspomnę igły do szwu, rozszerzacz do operacyi pochwowych i brzusznych, podwiązkę do okostny żeber, zaciskacze kiszko-we, trepany, frezy i piły poruszane elektrycznością, zwłaszcza narzędzia do miażdżenia tkanek miękkich (szypuł) i naczyń krwionośnych i t. p. Radykalnej zmianie uległo również w jego rękach i pozostałe wykonanie

operacyi. Zamiast zastępu asystentów pozostał jeden tylko pomocnik bezpośredni nawet do zabiegów największych, gdyż Doyen sam brał narzędzia i szwy, ograniczając do minimum wiązanie naczyń, i w takich warunkach był w stanie wykonać w przeciągu kilkunastu nieraz minut takie zabiegi, jak wyluszczenie guzów brzusznych lub rozległe trepanacye czaszki. Dewizą jego było, że dla chorego „*le temps, c'est la vie*“. Niektóre z wprowadzonych przez Doyena metod wzbogaciły na stałe skarbnię chirurgiczną, jak wyluszczenie mięśniaków macicy, trepanacye, operacye kiszkowe i żołądkowe. Mimo to, Doyen nie zyskał trwałego uznania w poważnym odłamie medycyny urzędowej i nie zdobył zaszczytu wykładu ani tytułu naukowego, czemu stało na przeszkodzie niepomahowane dążenie do rozgłosu za wszelką cenę. Jego „instytut chirurgiczny“ paryski pełen był widzów-lekarzy ze wszystkich części świata i ci roznosili jego sławę, niemniej, jak reporterzy i fotografowie, rozpowszechniający zapomocą kinematografów zdjęcia operacyi, jako popisy szybkości i brawury w celu świadomej reklamy. Zapewniło mu to na czas pewien klientelę wszechświatową, szczególnie z nowotworami złośliwymi, gdyż głośne były jego

próby leczenia takich nowotworów surowicą swoistego, jego zdaniem, dla nich zarazka — *bacillus neoformans*, próby te nie przysporzyły mu również dobrego imienia. Z prac naukowych, oprócz licznych doniesień i rozpraw na zjazdach, znane są: *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du*

duodenum. 1895. — Atlas d'anatomie topographique. E. Doyen, J. Bouchon, R. Doyen. — 12 planches murales d'anatomie topographique, zwłaszcza zaś wielkie wydawnictwo: *Traité de thérapeutique chirurgicale et de technique opératoire*. 1908—1913. 5 tomów. Paris. Maloine.

Ślawiński.

Wiadomości bieżące.

— W Wiedniu urządzono na podobieństwo istniejącej w Berlinie, stację oceny protez, w której dokonywane będą próby mocy, trwałości i wytrzymałości tych przyrządów, oraz ustalane będą przyczyny ich niezdatności. Prób praktycznych dokonywać się będzie w szkole dla inwalidów i wyniki tych prób będą ogłaszane w organie urzędowym stacji: „Die Technik für die Kriegsinvaliden“; zeszyty tego pisma wychodzą w terminach nieokreślonych; administracja wydawnictwa znajduje się w Wiedniu IX, Michelbeurengasse № 6.

— Według źródeł urzędowych w armii niemieckiej zginęło dotychczas 395 lekarzy, zmarło wskutek chorób 114, ciężko rannych zostało 221, lekko rannych—677, dostało się do niewoli 200; przepadło bez wieści 110.

O f i a r a.

Członkowie Lecznicy (Marszałkowska 66) zamiast kwiatów na trumnę nieodżałowanej pamięci kol. Żenczykowskiego złożyli rub. 25 na Kasę Pomocy Koleżeńskie dla rodzin lekarzy, znajdujących się na wojnie.

N A D E S Ł A N O.

Ingenieur-Chemiker W. Kraszewski. Kalk und Magnesia in der Nahrung der Arbeiterklassen in Warschau. (Odb. z Arch. f. Hygiene T. 86, Zesz. 1).

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
W. Grzywo-Dąbrowski. Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego	398	magnezowych	398
Kazimierz Szokański. Żółtaczk hemolityczne w świetle badań ostatnich. (Dokoń.).	393	<i>Przegląd bibliograficzny</i> . Mianownictwo i podział chorób. Ocenił K. Oczesalski	398
<i>Dział sprawozdawczy</i> . 13. E. Siegel. W sprawie całkowitego wycięcia jelita grubego.	398	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie</i> . Posiedzenia kliniczne dn. 20 i 27 czerwca 1916 r.	400
14. A. Tar. Nowe wskazania do wstrzykiwań		Swrawozdanie z działu. Sekcji Hygieny Szkolnej	402
		E. Doyen. Wspomnienie pośmiertne	403
		<i>Wiadomości bieżące</i> .	404

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.
Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

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

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

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

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

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

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena Rb. 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli *Gazety Lekarskiej*. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothego*. Dzieło oryginalne. Cena Rb. 1 kop. 80, z przesyłką Rb. 2.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerpane).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena Rb. 5 kop. 50. Dla prenumeratorów *Gaz. Lek.* cena zniżona na Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.
11. **Histeria — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50. Tom drugi. Cena Rb. 4 kop. 50. z przesyłką Rb. 5.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*. I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40. II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3, w oprawie Rb. 3 k. 50. Przes. k. 50. III. Cz. I. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przes. k. 60.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warszawskiego. Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskim *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena rub. 2.50, z przesyłką rub. 3.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 75.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena kop. 80, z przesyłką rub. 1.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*. I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena Złp. 2 gr. 20, przesyłka 20 gr. II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.

Hemogen Magistra Klawe

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

poleca LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra KLAWE,

10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Pró-
bki
i
lite-
ratu-
ra
na
zda-
nie
P.P.
Le-
ka-
rzy.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

WYSZEDŁ Z DRUKU SERII XXI ZESZYT 7. 8. 9.

(OGÓLNEGO ZBIORU ZESZYT 247. 248. 249).

Doc. Dr J. Pruszyński.

A N A F I L A K S Y A.

I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna.

II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Cena rb. 1.20.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.