



Nr 40.

Warszawa, d. 5 Października 1918.

Rok LIII.

DZIENNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nr 2757.

Adres Redakcyi — Żorawia 22.

Adres Administracyi — Marszałkowska 73.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
polecą jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

MAGNESIUM-PERHYDROL

Magnesium-Superoxyd o pewnym składzie

Najwięcej używany preparat:

MAGNESIUM - PERHYDROL 25%

W postaci proszku: pudełko zaw. 25, 50, 100 g.

W postaci tabletek: opakowania zaw. 20, 50, 100 szt.

Literatura na żądanie.

W sprawie sprowadzania zwracać się do pp. NACHTLICH-
TA i KAMIENSKIEGO, Warszawa, Tłomackie Nr 1.

Stwierdzone pobudzające działanie na
czynność trawienia. Zaleca się bardzo
przeciwko

Zboczeniom w trawieniu

i połączonych z niemi objawom nerwo-
wym, nadzwyczaj skuteczne działanie
ogólne.

E. MERCK — Darmstadt.

JODOROL

Peptonate d'iode Karpíński

Jodorol jest organicznem połączeniem jodu w postaci płynnej.
Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów po-
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach
najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3—4 dni.
Może być stosowany od 10 — 100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPÍNSKI w Warszawie“
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-
słowo-lekarską przy Warszawskiem Stowarzyszeniu Lekarzy.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LEKARZY oświadcza na podstawie badań
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPÍŃSKIEGO
jest organicznem połączeniem jodu w postaci płynnej
zawierającej 4,7 % czystego jodu. Przetwor ten zawiera
się w wodzie w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy
razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem
(jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się
całkowicie w ciągu 3—4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1918

Przewodniczący Komisji

Pracownicy Lekarskiej

Stefan Karpinski
Sekretarz

*Opinia po przyjęciu do
żołędzi do komisji
Ta p. w. 20.10.18
p. w. 20.10.18
Przed Komisją
Członkowie
Lecarzy, J. Karpinski*

Jodol

**Znakomicie zastępujący jodoform,
bezwonny i nie trujący.**

Wybitny środek przeciwnilny i usuwający woń w dermatologii, chirurgii, ginekologii,
chorobach oczu i uszu.

Zastępuje jodek potasu w leczeniu syfilisu.

Niezbędny do leczenia dyskretnego chorób wenerycznych i przymiotu.

Menthol-Jodol (jodek krystaliczny z dodat. 1% mentolu)
specjalnie w chorobach nosa, krtani i w dentystyce.

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

Sapinol

z marką ochronną „**Sosna**“ aptekarza **J. Bobakowskiego**
w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Cho-
roby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reu-
matyzm, artretyzm.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 4. 5. 6. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 256, 257, 258).

J. SZMURŁO.

Gruźlica krtani, gardła i nosa

w świetle własnych spostrzeżeń.

(Stydium kliniczne).

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.



Więsta Lekarska

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Dzieńdziesięcio-
lecie drugie-

Warszawa, d. 5 października 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2757.

Rzadki przypadek częściowej martwicy kości skroniowej.

Podał

J. S z m u ł o.

Dnia 3 czerwca r. b. zgłosił się do przychodni chorób usznych i gardłanych w szpitalu św. Ducha Kow. Jul., lat 30 mający, ze skargą na cuchnące ropienie z ucha prawego, występujące od czasu do czasu bóle w prawej połowie głowy i utratę słuchu w prawym uchu. Z wywiadów dowiedziałem się co następuje: Przed 8-iu laty, odbywając służbę wojskową w Odesie, za poradą czyjaś, w celu uwolnienia się od służby wojskowej, chory wspaniał sobie od prawego ucha jakiegoś białego proszku (sublimat?). W parę dni potem, chory począł doznawać bólu w prawym uchu. Bóle stawały się coraz silniejsze, ucho opuchło całe, z ucha poczęła płynąć wydzielina ropna; wystąpiła mocna gorączka. Chory został umieszczony w szpitalu wojskowym; do ropienia przyłączyło się obrzmienie całej prawej połowy twarzy i mocna czerwoność. Gorączka trwała długo. Lekarze mówili, że chory ma różę. W parę tygodni od początku choroby choremu przekrzywiło twarz, nie mógł zamykać prawego oka, nie mógł gwizdać. Po roku został uwolniony z wojska. Ropienie trwało wciąż bez zmiany. W półtora roku z przewodu zewnętrznego wydzielila się kostka zmartwiała. W jakiś czas potem zjawilo się obrzmienie za uchem, które pękło; z otworu zaczęła się saczyć ropa. Otwór ten stopniowo do ostatniej chwili coraz się zwiększał, potem chory zauważył drugi otwór, który zjawił się poniżej i poza pierwszym, wreszcie w tym samym czasie, co i pierwszy, zjawił się jeszcze otwór trzeci z przodu i powyżej muszli dolnej. Zjawienie się otworów poprzedzało obrzmienie i bóle w danej okolicy. W obecnej chwili ciągnęła ropna wydzielina wielce dokucza choremu, który radby się pozbyć swego cierpienia za wszelką cenę.

Badanie wykazało:

Chory wzrostu więcej niż średniego, dobrze zbudowany i odżywiany. Prawa połowa twarzy nieruchoma, prawa powieka górna niedomyka się,

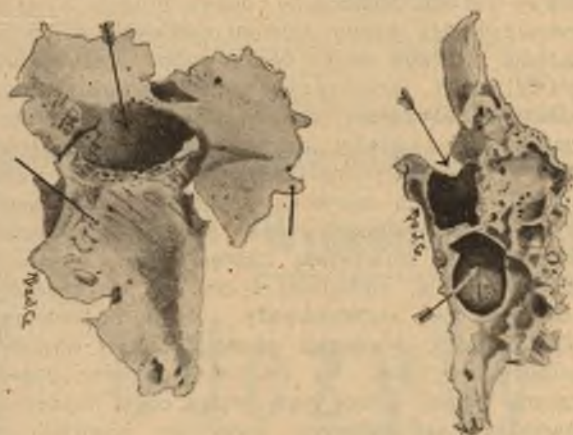
prawy kąt ust opuszczony, prawa połowa czoła nie marszczy się: jednym słowem całkowity obraz porażenia prawego nerwu twarzowego. Cała okolica prawej kości skroniowej i prawa małżowina uszna czerwona, obrzmiała, z miejscowymi zgrubieniami, zwłaszcza w części dolnej. Przewód zewnętrzny mocno zwężony, przepuszcza tylko najcieńszy wziernik; ściany jego czerwone, zgrubiałe. Z przewodu wydziela się cuchnąca ropa, po której usunięciu widać wgłębi zmartwiałą czarną kość. Z tyłu za małżowiną, w odległości 1 cm. od jej przyczepu, znajduje się szczelinowaty otwór, prowadzący wgłąb kości, wielkości około 2 cm. w wymiarze podłużnym i około $\frac{1}{2}$ cm. w wymiarze poprzecznym. Przez otwór ten widać część ruchomego martwiaka, stanowiącego widocznie kawałek wyrostka sutkowego. Z tyłu za tym otworem, w dolnej części wyrostka sutkowego znajduje się drugi otwór okrągły, przez który wprowadzony zgłębnik wyczuwa kość zmartwiałą. Wreszcie z przodu i w górze, w odległości 1 cm. od przedniego górnego przyczepu małżowiny widać bliźnię kostną, a w przednim jej rogu otwór, prowadzący wgłąb tkanek. Zgłębnikiem przez otwór ten wyczuwa się kość zmartwiałą. Szeptu na prawe ucho chory nie słyszy. Weber lokalizowany na lewo. Przewodnictwo kostne z prawego wyrostka sutkowego zachowane. Chory zawrotów głowy nie ma. Stoi z łatwością na jednej nodze z zamkniętymi oczami. Po przepuszczeniu przez prawy przewód zewnętrzny zimnej wody występuje bardzo nieznaczne poziome drganie gałek ocznych.

Choremu zaproponowałem operację usunięcia zmartwiałej kości, na co ten chętnie się zgodził.

8. VI. w uśpieniu chloroformowym dokonałem operacji. Cięcie poprowadziłem w ten sposób, że podłużny otwór na wyrostku sutkowym i otwór z przodu od małżowiny usznej zostały połączone, okostną oddzielono skrobaczką i całą małżowinę uszną odciągnięto ku przodowi. Wtedy w głębi rany

znalazłem dwa duże i ruchome martwiaki, które ostrożnie wyjąłem. Obfitą ziarninę, oddzielającą martwiaki od zdrowej otaczającej tkanki, wyskrobałem, przewód słuchowy zewnętrzny rozszerzyłem, wyciąwszy znaczną część tylnej jego ściany oraz przylegającej do niej małżowiny, ranę w górnej części zaszyłem, wreszcie całą jamę wytamponowałem gazą jodoformową i nałożyłem opatrunek. Przebieg pooperacyjny był normalny. W dwa dni po operacji ciepłota podniosła się do 39°, po dwu dniach wszakże spadła. Rana bardzo prędko poczęła się oczyszczać i w 3 tygodnie cała jama pokryła się naskórkiem. W głębi jamy widać wgłębienie, które, jak wykazało sondowanie, stanowiło uszne ujście trąbki Eustachjusza. Z otworu trąbki wydzielano się nieco śluzu.

Badanie dokładne wyjętych martwiaków, wykazało, że stanowią one cały zewnętrzny przewód słuchowy kostny wraz z częścią bębenkową, zawierającą części kostne, otaczające kanał dla trąbki Eustachjusza i dla mięśnia napinającego błonę bębenkową (*canalis musculo-tubarius*) oraz kawałek łuski kości skroniowej. Widzimy na nich również liczne komórki kostne, przylegające do części bębenkowej. Części skalistej kości skroniowej, zawierającej błędnik, w martwiaku nie znajdujemy (patrz rysunek).



Epicrisis. Opisany przypadek zarówno pod względem etyologii, jak i przebiegu, należy do bardzo rzadkich. W dostępnej mi literaturze znalazłem jeden przypadek Benjamina Samaroni,¹⁾ w którym pewna Jawajka, cierpiąca na obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, zasypała sobie do uszu proszek „warangon“, zawierający od 90 do 96% *acidi arsenicosi*. Wystąpiły krwotoki uszne; jeden z krwotoków po dokonaniu operacji radykalnej okazał się śmiertelnym. Badanie pośmiertne wykazało obszerną martwicę obu piramid kości skroniowych. Morrison²⁾ w roku 1897 opisał przypadek w którym chory nalał sobie do ucha kwasu azotnego czystego. W

6 tygodni potem dokonane badanie pośmiertne wykryło próchnienie piramidy kości skroniowej. O stanie kostnego przewodu usznego autor nic nie mówi.

W jednym przypadku własnym, spostrzegalem chorego żołnierza, który z powodu ciągłych szumów w uszach, przypominających trzeszczenie świerszcza, chcąc owego domniemanego świerszcza z ucha wypędzić, nalał sobie do ucha wody królewskiej, co spowodowało obumarcie całego skórniego przewodu zewnętrznego i błony bębenkowej. Martwica i próchnienie części kości skroniowej zdarzają się najczęściej pod wpływem sprawy ropnej w uchu środkowym, powstałej wskutek płonicy, odry, błonicy. W tych razach obumarcia ulegają kosteczki uszne oraz niejednokrotnie błędnik częściowo lub w całości; obumarłe części wydzielają się następnie w postaci martwiaków. Opisy takich martwiaków spotykamy dość często w literaturze otyatrycznej; mówią o nich Politzer, Urbantschitsch, Schwartze, Jacobsohn i inni. U nas martwiak błędnika w następstwie ropienia w uchu, spowodowanego płonicą, opisał Guranowski.¹⁾ Natomiast obumarcie części kostnych ucha zewnętrznego i jamy bębenkowej kości skroniowej pod wpływem środków żrących należy do rzadkości i z tego powodu przypadek mój, jako poniekąd jedyny w literaturze lekarskiej, zasługuje na uwagę. Co to był za proszek, który chory wsypał sobie do ucha, trudno powiedzieć. Mógł to być arsenik, mógł to być sublimat również, albowiem oba te żrące środki, stosunkowo łatwo dostępne, często są używane do szkodenia sobie lub innym. Utrata zupełna słuchu w prawym uchu u naszego chorego kazała przypuszczać zniszczenie również i ślimaka, czego wszakże badanie martwiaka nie potwierdziło. Być może owa kostka zmartwiała, która wydzielila się z ucha w 1½ roku po wsypaniu proszku do ucha, była ślimakiem kostnym. O tem, że kanały półkoliste musiały pozostać nienaruszone, świadczy brak jakichkolwiek zaburzeń równowagi oraz istniejące, jakkolwiek w stopniu bardzo słabym, drganie gałek ocznych po przepuszczaniu zimnej wody przez prawy przewód zewnętrzny.

Porażenie nerwu twarzowego całkowite, które w moim przypadku wystąpiło w kilka tygodni po wsypaniu proszku i pozostało bez

¹⁾ Archiv für Ohrenheilkunde. Wrześ. 1908.

²⁾ Cytowane według Urbantschitscha. Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

¹⁾ Guranowski. Nekroza błędnika. Med № 18, str. 415, 1897 r.

zmiany do chwili obecnej, daje się z łatwością objaśnić wielkiem zniszczeniem zarówno części miękkich, jak i kostnych. Naturalnie, w takich warunkach musiał również uleść zniszczeniu i nerw twarzowy, którego kanał w jamie bębnekowej nieraz posiada w ścianie kostnej znaczne braki, powodujące, że nerw bywa obnażony na stosunkowo znacznej przestrzeni i wystawiony na wpływy szkodliwe. Dowodem tego są częste stosunkowo przypadki porażenia nerwu twarzowego, występujące w ciężkich przypadkach ostrego ropnego zapalenia jamy bębnekowej. W pracy swojej pod tytułem „O zgorzeli przewodu

zewnątrznego słuchowego“, drukowanej w książce pamiątkowej A. Sokołowskiego, wykazałem na podstawie danych, zaczerpniętych z literatury oraz kazuistyki własnej, że we wszystkich przypadkach zgorzeli części miękkich przewodu zewnętrznego, którym towarzyszą objawy ze strony jamy bębnekowej, występuje porażenie nerwu twarzowego. Niewątpliwie porażenie to wystąpić musi tem łatwiej, jeżeli zniszczenie jest tak wielkie, że obejmuje nie tylko części miękie, ale i kostne zarówno przewodu zewnętrznego, jak i jamy bębnekowej.

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI DLA DZIECI W WARSZAWIE. Z ODDZIAŁU D-RA WL. SZENAJCHA.

Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiękowych.

Podał

Karol Jonscher.

(Ciąg dalszy — patrz № 39).

Ciężar właściwy płynu zależy głównie od odsetka białka, wykazuje też naogół równoległe z nim wahania. Ciężar wł. wysięków opłucnej wahał się od 1018—1026,5. Przesięki wykazywały wartości znacznie niższe: 1007—1010 dla opłucnej, 1006—1013 dla otrzewnej. Cyfry pośrednie 1010—1018 zdarzać się mogą, podobnie jak i pośrednie odsetków białka (około 3%) równie dobrze w wysiękach, jak i przesiękach.

Składniki stałe. Z 31 określeń wartość przeciętna wysięków gruzliczych opłucnej wynosi 6,42%, z wahaniami od 5,83 do 7,32. Dane te różnią się niewiele od podanych przez Rzętkowskiego, który podaje jako średnią z 4 określeń 6,29; najniższy, otrzymany przez niego, odsetek był równy naszemu (5,8), natomiast górna granica jest znacznie niższa (6,7) niż u nas (różnica 0,6%). Zależy to prawdopodobnie od większej liczby naszych przypadków. Wartości znacznie wyższe otrzymaliśmy w trzech przypadkach wysięku z kolana — 6,9; 7,7 i 7,7%.

Składniki stałe przesięków wahały się od 1.5 do 3.66%; różnica w porównaniu z wysiękami jest więc wybitna. Zdarzają się jednak wysięki, zawierające stosunkowo bardzo mało składników stałych, t. j. odsetek, dochodzący do górnej granicy, ustalonej dla przesięków. Wysięk z osierdzia Jurka J. (przyp. 46) zawierał 3.86% składników sta-

łych, a Łodzi R. (52) zaledwie 3.01. Nie będziemy więc mogli stwierdzać na tej zasadzie, czy badany płyn jest wysiękiem czy też przesiękiem, jeżeli otrzymamy wartości około 4%. Należy też zaznaczyć, że określanie ilości składników stałych nie będzie nigdy posiadało większego znaczenia praktycznego, w przeciwieństwie do oznaczania ciężaru właściwego, a nawet do nieco zmuśnogo stwierdzania odsetka białka, a to z powodu, że na wynik tego badania musimy czekać zawsze kilka dni.

Nd 50-u badanych wysięków gruzliczych opłucnej wahał się od 1.3440—1.3477; wartość przeciętna równa się 1.3454. Wysięki opłucnej niegruzlicze 1.3439 — 1.3467. Dane te odpowiadają prawie zupełnie wynikom, otrzymanym przez Engel'a; autor ten podaje identyczne z nami wahania od 1.3435 — 1.3480, przy nieco niższej wartości przeciętnej 1.3446.

Cyfry te dotyczą płynów, otrzymanych za życia chorych; w trzech przypadkach przy badaniu płynu, zebranego już po zejściu śmiertelnem, otrzymałem znacznie niższy wskaźnik refr. płynów (1.3401, 1.3425 i 1.3395), które zgodnie z dodatnim odczynem Rivalta'y uważać należało za wysięki. Podobnie niskie wartości (1.3400) dla wysięków otrzymywał również Engel, ale wyłącznie przy badaniu płynów z jamy brzusznej.

Wskaźnik refraktometryczny przesięków

wahał się od 1.3352 do 1.3416; należy jednak zaznaczyć, że ta ostatnia wartość trafia się naogół rzadko. Zwykle wskaźnik płynów przesiękowych nie przekracza 1.3390. Wspomniane wartości wyższe obserwowaliśmy wyłącznie w płynach zastoinowych (przyp. 38). Najwyższy obserwowany przez Engel'a w warunkach podobnych $n_D = 1.3428$; o przyczynie tego faktu będziemy jeszcze mieli sposobność pomyśleć niżej. Na zasadzie badań własnych oraz Engel'a możemy więc ustalić pewne wytyczne, któremi można się kierować, chcąc różniczkować wysięki i przesięki za pomocą refraktometru:

1-o wskaźnik refraktometryczny poniżej 1.3400 przemawia prawie bezwzględnie przeciwko charakterowi zapalnemu danego płynu. Nie wyrażam się tutaj kategorycznie, gdyż spostrzegaliśmy wyjątki z tego prawa; co prawda tylko dwa w całym materiale Engel'a i naszym. Dotyczyło to mianowicie omawianego już wyżej płynu z opłucnej, otrzymanego dn. 17. XI. u Józia W. (przyp. 34) oraz płynu z osierdzia Łodzi R. (przyp. 52).

2-o wskaźnik refr. powyżej 1.3430 przemawia bezwzględnie za istnieniem stanu zapalnego.

Sporne są więc wartości od 1.3400—1.3430; zdarzają się one zarówno w płynach wysiękowych, jak i przesiękowych. Podobne wartości pośrednie ustaliliśmy już przedtem dla ciężaru właściwego, składników stałych oraz zawartości białka w płynach.

W tych więc razach rozstrzygnąć wątpliwość może, jak to już wyżej wspominałem, wyłącznie stwierdzenie lub też wykazanie cechy różniacej jakościowo wysięk od przesięku, t. j. odczyn Rivalta'y lub też wzór cytologiczny. Ostatnia ta cecha nie ma znaczenia tylko przy badaniu płynów, zebranych po zejściu śmiertelnym, gdyż w tych razach stwierdzamy stale dużą liczbę ciałek ropnych.

Ogólnie znana jest zależność, jaka istnieje pomiędzy ciężarem właściwym, składnikami stałymi, a zawartością białka w płynach. To też omówimy tutaj tylko stosunek wskaźnika refraktometrycznego do odsetka białka oraz do składników stałych. Przypomnę, że na zasadzie wskaźnika refr. surowicy krwi określać możemy zawarty w niej odsetek białka, opierając się na następujących założeniach:

1-o Ilość białka w surowicy jest bardzo znaczna w porównaniu z ilością składników pozostałych; dzięki temu oraz dzięki wysokiemu współczynnikowi załamania wywierają ciała białkowe surowicy bez porównania wię-

kszy wpływ na wahania n_D , niż suma wszystkich ciał niebiałkowych.

2-o Ilość ciał niebiałkowych surowicy podlega naogół stosunkowo nieznacznym wahaniom; wyjątek stanowią tutaj, naturalnie, mocznica, cukrzyca i t. p. stany chorobne.

Możność zastosowania refraktometru do określania ilości białka w płynach przesiękowych i wysiękowych zależy, naturalnie, od tego, czy przesłanki powyższe dadzą się zastosować również i w tym wypadku.

1-o Ilość białka w wysiękach uległa w porównaniu z surowicą krwi znacznemu obniżeniu—przeciętnie z 7,5—8,0 do 4,6. Odsetek białka w przesiękach może wynosić zaledwie $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{10}$ ilości białka w surowicy. Jednocześnie suma części niebiałkowych zmniejszyła się znacznie mniej. Widzimy więc, że stosunek białka do części niebiałkowych uległ zmianie na niekorzyść pierwszego. Jasnym jest wobec tego, że białko w płynach wysiękowych, a zwłaszcza przesiękowych nie może mieć na wahania n_D równie decydującego wpływu, jak w surowicy krwi. Poza tą różnicą ilościową wchodzi tu w grę również różnica w zachowaniu się poszczególnych ciał białkowych w surowicy i w wysiękach. Otóż wskaźnik refr. różnych ciał białkowych nie jest jednakowy, np. współczynnik załamania 1% wodnego roztworu euglobuliny wynosi podług Reissa (11) 0,00230, natomiast 1% roztworu albuminy zaledwie 0,00183. Okoliczność ta nie odgrywa prawie żadnej roli w badaniu refr. surowicy, gdyż stosunek globuliny i albuminy (podług Hammarstena—1:1,5) podlega tutaj tylko nieznacznym odchyleniom. Inaczej w wysiękach, w których stosunek tych dwóch ciał białkowych może wynosić nawet 3:1, co przy 4% białka powodować może błąd około 0,17%. Błąd, jak widzimy, dość znaczny i tem ważniejszy, że nie mamy możliwości stwierdzenia jego istnienia w zwykłych warunkach badania.

2-o Liczba ciał niebiałkowych w wysiękach i przesiękach podlega wahaniom daleko większym, niż w surowicy. Współczynnik załamania wszystkich ciał niebiałkowych, określony w kilku przypadkach przez Reissa (12), wahał się od 0,00200 do 0,00283, natomiast wahania dla surowicy były mniejsze (0,00269—0,00292)! Ten duży wpływ ciał niebiałkowych na wskaźnik refraktometryczny uwydatnił się np. wybitnie w badaniu płynu z kolana Geni B. (№ 41). N_D był wysoki—1,3473; sądząc z tego, należało oczekiwać 5,6% białka, określenie podług Kjeldahla wykazało natomiast zaledwie 4,73%. N_D płynu Frania T

(№ 6) był znacznie wyższy, niż należało oczekiwać, sądząc ze stosunkowo nieznacznej ilości białka; zależało to od znacznej ilości chlorków w tym płynie. Odsetek chlorków był tu dwukrotnie większy (1,23), niż zwykle (0,60).

Tak więc widzimy, że nie można ustalić ściślej zależności pomiędzy n_D płynów wysiękowych i przesiekowych a zawartością w nich ciał białkowych. Możemy jednak na zasadzie wskaźnika refraktometrycznego zorientować się w przybliżeniu co do odsetka białka w badanym płynie. Postępujemy wtedy w następujący sposób: Od współczynnika załamania płynu odejmujemy współczynnik załamania ciał niebiałkowych i otrzymaną różnicę dzielimy przez współczynnik załamania 1% roztworu białka. Np. jeżeli wskaźnik refr. płynu = 1,3445, wtedy po odjęciu n_D wody destyl. (1,3332), otrzymamy współczynnik zał. danego płynu, t. j. 0,0113. Współczynnik załamania wszystkich ciał niebiałkowych, określamy przez oznaczenie n_D płynu odbiałzonego; można w tym celu również zużytkować przeciętny współczynnik załamania ciał niebiałkowych wysiękowych, ustalony przez Reissa na 0,0024. W takim razie obliczenie będzie, naturalnie, mniej ściśle.

Wreszcie współczynnik załamania 1% roztworu białka wynosi podług Reissa 0,00184. Zestawienie porównawcze naszych danych refraktometrycznych z ilością białka, określoną podług Kjeldahl'a w 24 przypadkach ¹⁾ dało nam jednak cyfrę nieco wyższą—0,0021. Różnica ta nie jest zbyt duża, gdyż współczynnik załamania 1% roztworu białka w surowicy podług Reiss'a = 0,00172, a podług Robertson'a (13) 0,00195.

Przechodzimy teraz do samego obliczenia.

n_D płynu Ign. B. (przyp. 9, z dn. 19. IV. = 1,3445

współczynnik załamania tego płynu = 0,0113; odjąwszy

„ „ ciał niebiałk. = 0,0024, otrzymamy

„ „ białkow. 0,0089; cyfra ta

podzielona przez współczynnik załamania 1% roztworu białka (0,0021) da nam odsetek białka = 4,24. Określenie białka podług Kjeldahl'a dało cyfrę identyczną—4,25%, różnica wyniosła zaledwie 0,01%. W płynie z dn. 18. IV. w tym samym przyp. różnica była nieco większa—0,09%. Obliczenie to możemy również zastosować w badaniu przesieków, tak np. w płynie z jamy brzusznej Henia P. (przyp. 38) z dn. 2. V. odsetek białka, określony bezpośrednio = 3,09, a obliczony na zasadzie n_D = 3,0%.

Wyżej wspominałem już, że w razie dużej ilości ciał niebiałkowych w płynie obliczenie takie daje wyniki mniej dokładne; najwyższa różnica, jaką otrzymałem wynosiła 0,63%. Przeciętny błąd w obliczaniu odsetka białka zapomocą n_D ustalić możemy na podstawie 24 badań na 0,32%.

W wielu razach błąd ten zmniejszyłby się, naturalnie, znacznie, gdyby ustalono współczynnik załamania ciał niebiałkowych w każdym poszczególnym przypadku zamiast używać do obliczania wartość przeciętną. Ale nawet i wtedy wyniki nie zawsze będą o wiele ściślejsze, niż w naszym zestawieniu. Tak np. Reiss przy porównywaniu odsetka białka, określonego wagowo i zapomocą refraktometru, otrzymał w 4 przyp. następujące różnice: 0,218%, 0,541%; 0,187 i 0,164, przeciętnie 0,28%. Na zasadzie tych danych stwierdzamy, że badanie refraktometryczne płynów wysiękowych i przesiekowych nie może służyć do ścisłego określania odsetka białka; otrzymane w ten sposób dane dają nam jednak możliwość zorientowania się co do przybliżonej zawartości białka w przesiekach i wysiękach.

Nie zmniejsza to jednak bynajmniej wartości klinicznej badania refr. tych płynów. Samo określanie n_D daje nam przecież możliwość, jakśmy wyżej widzieli, różniczkowania w bardzo wielu razach wysięków i przesieków; na tem polega całe znaczenie tej metody. Posiada ona jednak nad innymi metodami badania płynów (określanie ciężaru właściwego, składników stałych oraz odsetka białka) tę niezaprzeczoną wyższość, że wystarcza tutaj w zupełności 1 kropla płynu, podczas gdy tamte metody wymagają już znacznie większej ilości materiału. Pod tym względem współzawodniczy z metodą refr. tylko odczyn Rivalta'y, który pozwala na pewniejsze odróżnienie wysięku od przesieku, nie daje nam natomiast, w przeciwieństwie do refraktometru, żadnych wskazówek co do stężenia płynu. Te dwie metody badania uzupełniają się też znakomicie. Zapomocą wskaźnika refr., odczynu Rivalta'y i wzoru cytologicznego stwierdzamy stężenie płynów, brak lub istnienie stanu zapalnego, ew. jego nasilenie lub też charakter — a więc wszystkie te cechy (poza badaniem bakteryologicznym), które interesują klinycystę w bezwzględnej większości przypadków.

Daleko ściślejsza zależność, niż pomiędzy n_D i odsetkiem białka, istnieje pomiędzy n_D a odsetkiem składników stałych wysięków i przesieków. Jest to zrozumiałe. Na wahania

¹⁾ Uwzględniono tutaj, naturalnie, tylko te przypadki, w których jednoczesne określenie N niebiałkowego pozwoliło na ściśle określenie ilości białka.

zarówno n_D jak i odsetka składników stałych wywierają znaczny wpływ ciała białkowe, mniej znaczny, jednak również bardzo wyraźny, ciała niebiałkowe płynów. Zależność ta jest tak ścisła, że możemy na podstawie n_D obliczyć tę drugą wartość, popełniając stosunkowo nieznaczny błąd. Jest to o tyle wygodnie, że, jak już wspominałem, bezpośrednie określenie ilości składników stałych trwa zwykle kilka dni. Zestawienia takiego tych dwóch wartości przy badaniu płynów nie znalazłem nigdzie, podaję też te dane na oddzielnej tabelicy dla łatwiejszego rozejrzenia się w materiale.

1.3361	1,50	1.3439	5,13	1,3450	6,38
1.3368	2,0			1.3451	6,48
1.3371	2,08				
1.3378	2,30	1.3441	5,94		
1.3381	2,60	1.3442	6,13	1.3455	6,58
1.3384	2,60	1.3443	6,21	1.3457	6,89
				1.3459	6,89
1.3397	3,50			1.3461	6,90
1.3401	3,86	1.3445	6,14		
1.3425	4,63	1.3349	6,38	1.3467	7,06
				1.3468	7,11
				1.3469	7,32
				1.3472	7,70
				1.3473	7,70

Widzieliśmy, że wahania stężenia płynów wysiękowych i przesiekowych podlegają naogół bardzo znacznym wahaniom, do tego stopnia, że powodować to może w pewnych wypadkach trudności rozpoznawcze. Zależy to od różnorodności warunków, które wywierają wpływ na wahania stężenia.

Do warunków tych zaliczamy:

1. Istnienie lub brak stanu zapalnego.
2. Miejsce wytwarzania się płynów.
3. Skład krwi.
4. Warunki krążenia i ciśnienia w naczyńniach.

5. Ciśnienie, wywierane przez dany płyn.

Ad. 1. Wpływ istnienia lub też braku stanu zapalnego omawialiśmy już wyżej.

Ad. 2. Większość autorów jest zdania, że stężenie płynów opłucnej jest naogół większe, niż płynów otrzewnej. Tak podług Rzętkowskiego średnia ilość azotu ogólnego w wysiękach opłucnej wynosi 0,846%, dla otrzewnej natomiast 0,758. Schmidt (14) twierdzi, że odsetek białka zmniejsza się w wysiękach różnego pochodzenia w następującym porządku: opłucna, otrzewna, komory mózgowie, tkanka podskórna. Bequérrel i Rodier (15) podają porządek inny: otrzewna, opłucna, osierdzie, tkanka podskórna, komory mózgowie. Ostatnio Engel na podstawie badań refr. nie znalazł

naogół wyraźnej różnicy pomiędzy stężeniem wysięków i przesieków otrzewnej i opłucnej; otrzymał on mianowicie następujące wartości przeciętne:

	opłucna	otrzewna
przesięki w zapaleniu nerek	1.3375	1.3374
„ w stanach wycień-		
czenia	1.3385	1.3382
„ zastoinowe	1.3392	1.3398
wysięki	1.3446	1.3445

Są to więc wahania minimalne; stwierdził on jednak w poszczególnych przypadkach bardzo niski n_D refr. wysięków otrzewnej; najniższą otrzymaną wartością było tutaj 1.3400, podczas gdy dla wysięków opłucnej dopiero 1.3435.

W naszym materiale stwierdzamy w przypadku Stasia J. (przyp. 43) znaczną różnicę stężenia płynu przesiekowego z osierdzia i z opłucnej; pierwszy był znacznie mniej stężony, niż drugi.

Wyraźną różnicę stężenia stwierdzamy również w czterech płynach, zebranych z różnych jam ciała w przyp. Moryca Z. (N. 53); najwięcej stężony był płyn z osierdzia, następnie z jamy brzusznej, opłucnej, wreszcie z tkanki podskórnej.

Następnie, wynik nakłucia opłucnej z dn. 8. V. u Michasia H. (N. 15) wykazuje, że w samej opłucnej wytworzyć się mogą warunki, powodujące znaczną różnicę stężenia płynów. Przez nakłucie pierwsze otrzymano tylko 5 ctm. płynu, podczas gdy nakłucie powtórne, wykonane w innym miejscu, dało 460 ctm.. Jak widzimy z tablicy, n_D refr. tych płynów różnił się bardzo znacznie, a odsetek składników stałych pierwszego wynosił zaledwie trochę więcej, niż połowę tego odsetka płynu drugiego. Spostrzeżenie to możemy sobie wytłumaczyć tylko w ten sposób, że płyn pierwszy zawarty był w ograniczonej zrostami części opłucnej i że warunki krążenia, ciśnienia i t. d. musiały tutaj być zupełnie inne, niż w całej opłucnej.

Ad. 3. Płyny wysiękowe i przesiekowe są w każdym bądź razie pochodniami krwi, względnie surowicy. Rzętkowski np. uważa wysięki za surowicę mniej spożyte przez komórki śródbłonkowe białko. Wobec tego należy oczekiwać, że skład krwi, jej stężenie, wywierać będzie pewien wpływ na stężenie płynów, powstających w jamach ciała. Na zasadzie badań refr. dowiódł tego Engel; określał on jednocześnie n_D surowicy krwi oraz płynu z pęcherzyka, powstałego po nałożeniu plastra kantarydynowego. Np.

n_D surowicy	1.3459	n_D płynu	1.3425
„ „	1.3527	„ „	1.3474

Engel myli się jednak, twierdząc, że dotychczas związek ten przeczuwano, że nie dowiedziono tego bezpośrednio. Wynioskować to można np. w piśmiennictwie naszym z pracy Rzętkowskiego, który stwierdza z jednej strony, że w stanach obrzękowych pochodzenia niedomogowego krew jest prawie zawsze zgęszczona, a z drugiej — stwierdza znacznie wyższe stężenie niedomogowych przesieków podskórnych w porównaniu z nerkowymi (0,042 N. białkowego: 0,015), w których znowu krew jest rozwodniona. Na tę zależność zwracał już uwagę Runeberg w r. 1884. Doświadczalnie dowiódł tego jeszcze dawniej Lassar (16), który powiada dosłownie: „stężenie limfy zapalnej zmniejsza się równolegle ze zwiększeniem się ilości wody w naczyniach krwionośnych”. Różnica stężenia była znaczna; odsetek składników stałych obniżył się w miarę dożylnego zastrzykiwania fizyologicznego roztworu soli z 5,9% do 2,97.

Znanym też jest oddawna nadzwyczaj niski zwykle odsetek białka w płynach wysiękowych w stanach charłacznych (rak), które powodują znaczny stopień hydremii.

Zależność tę znajdujemy również w naszym materiale. N_D przesieku niedomogowego do jamy brzusznej Henia P. (N. 38) był znacznie większy od n_D płynów jamy brzusznej, otrzymanych w przyp. Józia O. i Jasia M. (№ 36 i 37) — 1.3416 i 1.3404 w porównaniu z 1.3366 i 1.3389. Zestawienie to jest tem ciekawsze, że oba te ostatnie płyny powstawały również, jak i pierwszy, wskutek zaburzeń w krążeniu; w przeciwieństwie do przyp. I były to jednak w znacznej mierze, jeżeli nie wyłącznie, zaburzenia miejscowe, które nie powodują zgęszczenia krwi, stwierdzanego prawie stale w stanach niedomogi serca. Nadzwyczaj niski n_D wysieku z osierdzia w przyp. Łodzi R. (N. 52) oraz z otrzewnej w przyp. № 35 a — warunkowany był bez wątpienia znaczną hydroplazmią, zwykłą w biegunce krwawej (17). W przypadkach następnych zależność pomiędzy stężeniem krwi i płynów wysiękowych i przesiekowych opłucnej uwydatnia się bardzo wyraźnie.

Pewna zależność istnieje więc tutaj niewątpliwie. Jeżeli uprzytomnimy sobie jednak te wszystkie różnorodne czynniki, które mogą wywierać wpływ na stężenie wysieków oraz na stężenie krwi, względnie surowicy, to nie zadziwi nas zupełnie brak tej zależności w poszczególnych przypadkach. Wymownym przykładem jest przyp. Geni S. (Nr. 2). N_D surowicy dn. 17. V. = 1.3492, dn. 18. V. 1.3500;

sądząc z tego należało na zasadzie powyższej tablicy oczekiwać, że n_D płynu z opłucnej będzie wynosił mniej więcej 1.3455—1.3465. Tymczasem był on znacznie niższy—1.3440. Łatwo sobie wytłomaczyć pewne zgęszczenie krwi, stwierdzone w tym przypadku. Ilość płynu w opłucnej była tutaj bardzo duża—u ośmioletniego dziecka otrzymano przez pierwsze nakłucie 650 ctm.³, a po 4 dniach dalsze — 700 ctm.³. Powodowało to znaczne zaburzenia oddechowe, sinicę i duszność, co warunkuje stale, jak wiemy, wyraźnie zgęszczenie krwi względnie osocza. Nie wiemy jednak dlaczego zgęszczenie krwi nie powodowało większego stężenia przesieku.

P r z e s i e k i.

Nr. przyp.	Składniki stałe krwi całkowitej	N_D surowicy	N_D przesieku	
53		1.3438	1.3353	
34	13,10	1.1435	1.3363	
33	19,24	1.3468	1.3376	

W y s i e k i.

				Składniki stałe płynu
7		1.3478	1.3446	
15		1.3487	1.3451	
14		1.3496	—	6.34
"		1.3500	1.3455	6.55
23	18,93	1.3512	1.3465	7.30

Dodam jeszcze, że zaznaczona wyraźnie również w naszym materiale zależność stężenia przesieków od stężenia surowicy przemawia przeciw przypuszczeniu, wypowiedzianemu przez Rzętkowskiego, że płyny przesiekowe *in statu nascendi* zawierają tylko wodę, wzgl. ciała niebiałkowe surowicy, a białko ich powstaje skutkiem domieszki do tego przesącza płynu białkowego, znajdującego się stale w jamach ciała.

Omawiany związek pomiędzy surowicą i płynami z jam ustroju starano się również zużytkować do wytłomaczenia sobie występującego często rozwodnienia płynu przesiekowego w miarę ponawiania przekłuć.

Rozpatrzmy naprzód sam fakt rozwodnienia, potem postaramy się ustalić warunki w jakich ono powstaje. Spostrzeżenie podobne opisuje już Runeberg; i tak, w jednym i tym samym przypadku marskości wątroby otrzymywał on następujące odsetki białka w płynie z otrzewnej: 12. V. — 2,68; 15. V. — 1,58; 10. IX. — 1,15; 29. IX. — 1,26; 16. X. — 1,08; 5. XI. — 0,97; 25. XI. — 0,88; 10. XII. — 0,59.

(Dok. n.).

Wiadomości bieżące.

-- Na ostatnim posiedzeniu Delegacji Magistratu m. st. Warszawy do spraw szpitalnictwa postanowiono przywrócić na posady szpitalne tych wszystkich ordynatorów, którzy prowadzili oddziały szpitalne przed wojną i zmuszeni byli bądź z powodu powinności wojskowej, bądź też z powodu ewakuacji urzędów państwowych do wyjazdu z kraju.

Z przyjemnością zaznaczamy, że sprawdliwości stało się zadość i że liczny szereg lekarzy, którzy, trudno zrozumieć dlaczego, musieli przez kilka miesięcy od chwili powrotu oczekiwać na spełnienie słuszych swych żądań, zostali nareszcie przywrócenii do praw, jakie wbrew własnej woli chwilowo utracili.

— Dla lekarzy-reemigrantów. Z decyzji Ministra dra W. Chodźki, Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy wyasygnowało 12,000 marek do dyspozycji Komitetu Pomocy Koleżeńskiej przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich do podziału pomiędzy lekarzy-reemigrantów, którzy są w ciężkim położeniu materialnym. Życzeniem Ministerstwa jest, aby Komitet rzeczony powiększono przez dobór dwóch delegatów: jednego z ramienia Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i jednego z Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Zarządzenie to Ministerstwa, mające na celu przyjsie z doraźną pomocą kolegom naszym, zagrożonym widmem niedostatku, zasługuje ze wszech miar na uznanie.

— W wydawnictwie N. L. Rikera w Piotrogradzie wyszło w sierpniu r. b. tłumaczenie na język rosyjski odczytu klinicznego kol. A. Puławskiego „O chorobie Basedowa”. Przekładu dokonała Dr med. S. Sadowska, która w swoim czasie przetłumaczyła na język rosyjski dzieło A. Sokołowskiego „O chorobach dróg oddechowych”.

— Z powodu Zjazdu w sprawie higieny małych miast i wsi. Zjazdu higieniczne spełniają dwojaką rolę: informują ogół, zwłaszcza sfery zainteresowane o zdrowotanie kraju

i projektach opracowanych przez władze w danym momencie; powtórę na podstawie zgromadzonego materiału i rozpraw podczas posiedzeń dają możliwość do wyprowadzenia pewnych wniosków, nawet żądań, pod adresem władz, posiadających moc egzekutywy.

Miniony Zjazd w sprawie higieny miasteczek i wsi każdą z pomienionych ról w pewnej mierze spełnił. Niektóre materiały w różnych działach higieny, dzięki temu, że zostały udostępnione dla Zjazdu przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, i że nawet użytkowali je delegaci tegoż Ministerstwa, którzy podjęli się referatów dla Zjazdu, stały się cennymi przyczynkami do sprawy poinformowania o stanie zdrowotnym miasteczek, o pomocy leczniczej, o staraniach z zakresu położnictwa, o brakach i środkach zaradczych w sprawie mieszkaniowej, o zarządzeniach w dziedzinie higieny szkolnej i t. d.

Niepraktykowaną dotychczas nowością było zaaprobowanie przez Komitet wniosków referentów przez Zjazdem, a zatem przed rozprawami. Bardzo natomiast szczęśliwą miał myśl Komitet organizacyjny Zjazdu, że wydał — co zresztą dziś zawyaczać się robi — przed Zjazdem wnioski z poszczególnych referatów. Niewątpliwie ułatwiło i pogłębiło to rozprawy.

To też istotnie rozprawy te, zwłaszcza w sprawie poprawy warunków służby folwarczej, pomocy położniczej, zabrukowywania miasteczek, kąpiel publicznych i t. d. były bardzo ożywione i wpłynęły na ustalenie pewnych praktycznych wniosków.

Naogół Zjazd się udał; uczestnicy jego, szkoda, że tylko mieszkańcy miast—wieśniacy w nim udziału nie wzięli—rozeszli się pod wrażeniem, iż spełnili miły i pożyteczny obowiązek.

NEKROLOGIA.

Józef Idzikowski, naczelny lekarz szpitala kolei Warszawsko - Wiedeńskiej zmarł w Moskwie, d. 28 sierpnia r. b.; żył lat 52.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
J. Szmurło. Rzadki przypadek częściowej martwicy kości skroniowej	317	i chemiczne płynów wysiękowych i przesiekowych	319
Karol Jonscher. Badanie refraktometryczne		Wiadomości bieżące	324

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

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

Administracja otwarta w dni powszednie od 4^{1/2} do 6-ej.

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“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 1 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu **Popiela i Zweigbauma**
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra R o m a n a J a s i ń s k i e g o.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracyi.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

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

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

**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubebaurum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

**ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY
I ZANDEROWSKI**

Drów 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 elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt wspólnie 14 m., oddzielnie 18 do 30 m. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdą w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszym zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: **MOTO FER** i **MOTO FER c. ARSENO.**

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

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

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

Cena m. 2.50.

PAMIĘTNIK KLINICZNY

SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS

Tom II

z 27 rysunkami, 2 portretami w tekście i 1 tablicą
przygotował do druku A. LANDE, sekretarz posiedzeń klinicznych.

WARSZAWA, 1918. — SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA i WOLFFA.

CENA 6 MAREK.

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

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.