

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 5.

Warszawa d. 22 Stycznia (4 Lutego) 1905 r.

T. XXXIII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ —                    { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie. Podał St. Mutermilch. (Ciąg dalszy). — O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwploniczej. Podali Wł. Palmirski i B. Żebrowski. (Dokończenie). — Streżczenia i wyciągi. 11. Granica fizyologiczna ratownictwa w przypadkach śmierci domniemanej. 12. Przyczynę do nauki o ostrej białaczce. 13. Nie notowany dotąd objaw choroby Basedow'a. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 grudnia 1904 r. — Nowe leki (Ciąg dalszy). — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 grudnia 1904 r. do 14 stycznia 1905 r. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. MUTERMILCH — L'état actuel de la science sur la production et élimination de l'acide urique dans les états normaux et pathologiques, surtout dans la goutte. 2) D-r W. PALMIRSKI et B. ŻEBROWSKI — La scarlatine et le sérum antiscarlatiné.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r St. MUTERMILCH — Der gegenwärtige Stand der Lehre über Bildung und Ausscheidung der Harnsäure in normalen und pathologischen Zuständen, besonders bei Gicht. 2) D-r W. PALMIRSKI und B. ŻEBROWSKI — Ueber Scharlach in bakteriologischer Hinsicht und über antiscarlatinöses Serum.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie.

Podał

STANISŁAW MUTERMILCH.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Tow.

Lek. w d. 29. XI. 1904.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 4).

KAUFMAN i MOHR zauważyli tylko pod jednym względem inne zachowanie się kwasu mo-

czowego endogenicznego u artrytyków, niż u ludzi zdrowych. Mianowicie, podczas gdy osobnik zdrowy wydziela stale taką samą ilość kwasu moczowego przy dyecie, wolnej od ciał purynowych, u artrytyków zachodzą wyraźne wahania w ilości wydzielanego dziennie kwasu moczowego. Tak np. u jednego chorego z przewlekłą dną znaleźli oni następujące ilości kwasu moczowego w ciągu czterech następujących po sobie dni: 0,427 grm.; 0,436 grm.; 0,478 grm. i 0,505 grm.

Szczególne zachowanie się wykazuje kwas moczowy w moczu artrytyków w stosunku do ostrego napadu.

Pierwszy WEINTRAUD zauważył, iż po napadzie dny kwas moczowy w moczu ulega wzmożeniu.

PFEIFFER stwierdził w licznych przypadkach dny, iż podczas napadu ilość kwasu moczowego zwiększa się, przed napadem zaś i po napadzie wykazuje raczej pewne zmniejszenie.

BADT w 5 przypadkach znajdował na wysokości napadów wzmożenie kwasu moczowego w moczu.

MAGNUS-LEVY stwierdził, iż zwiększanie się ilości kwasu moczowego podczas napadu jest objawem stałym, zgoła niezależnym od ogólnej przemiany ciał białkowych, t. j. iż występuje ono zarówno przy dostatecznej ilości pokarmów przy utracie lub bez utraty azotu, jak i przy odżywianiu niedostatecznym nawet wówczas, gdy azot moczu nie ulega nienormalnemu wzmożeniu.

Ścisłe badania przeprowadził w tym kierunku HIS (21). Przekonał się on, iż *minimum* wydalanego kwasu moczowego przypada najczęściej na jeden dzień przed napadem, czasami zaś na dwa lub trzy dni; *maximum* zaś przypada przeważnie nazajutrz po napadzie, czasami po 2, 3 lub 4 dniach.

Różnice są najbardziej wybitne, jeżeli napady są ostre, silne, z dłuższymi przerwami. Dla przykładu przytoczymy, iż u jednego z chorych znalazł HIS na 3 dni przed napadem 0,14 grm. kwasu moczowego, czwartego zaś dnia po napadzie 1,08 grm. U innego znowu chorego *minimum* wynosiło 1 grm., *maximum* zaś po napadzie 1,76 grm.

Badania zarówno HIS'a, jak i powyżej wymienionych autorów wykonane były na chorych przy zwykłej, mieszanej dyecie. Jak się zachowuje w stosunku do napadów kwas moczowy endogeniczny, t. j. wydalany przy dyecie, nie

zawierającej ciał purynowych, nie zostało dotychczas zbadanem.

Należy jeszcze zastanowić się nad tem, czy ciała purynowe, zawarte w pokarmach, dają u artrytyków taką samą ilość kwasu moczowego, co u osobników zdrowych.

SCHMOLL (22) na zasadzie jednego zbadanego przez się przypadku dny twierdzi, iż nukleiny wywołują u artrytyków tak samo, jak u ludzi zdrowych, znaczne wzmożenie wydalanego kwasu moczowego.

VOGT (23) również na zasadzie tylko jednego przypadku dny wygłasza zdanie, iż nukleiny dają u artrytyków mniej kwasu moczowego, niż u ludzi zdrowych.

Kwestya ta jest trudna do rozstrzygnięcia z tego względu, iż, jak sądzą KAUFMAN i MOHR, już w stanach fizyologicznych pokarmy, zawierające związki purynowe, wywołują u rozmaitych osobników niejednakowe wzmożenie kwasu moczowego i wogóle ciał alloksurowych.

Wiemy tylko z doświadczeń SOETBER'a (24), iż podczas ostrego napadu dny dodatek mięsa do diety, wolnej od ciał purynowych, nie wywołuje prawie wcale wzmożenia wydalanego kwasu moczowego. Autor ten stwierdził także, iż u artrytyków krzywa wydzielania kwasu moczowego, określanego w ciągu doby w odstępach trzygodzinnych jest odmienna, niż u ludzi zdrowych, mianowicie, wykazuje nieprawidłowe nagłe wzniesienia, podczas gdy normalnie przedstawia się w formie linii prostej.

Widzimy z powyższego, iż zawartość kwasu moczowego we krwi i moczu artrytyków wykazuje rozmaite zboczenia od normy fizyologicznej. Na czem jednakże polega istota tych zboczeń, i w jakim stosunku znajdują się one do patogenyzy dny, do tworzenia się złogów moczianowych oraz do innych zaburzeń w przemianie materji, np. zatrzymywania się azotu w ustroju, to na te pytania badania dotychczasowe nie dały, niestety, stanowczych odpowiedzi. Nie

będę w odczycie niniejszym, jak to wyżej zaznaczyłem, zajmował się roztrząsaniem patogeny dny lub przytaczaniem wygłaszanych teorii. Nadmienię tylko, iż podczas gdy jedni autorowie upatrują dotychczas w kwasie moczowym główny czynnik artrytyzmu, tłumacząc nadmierną zawartość jego we krwi bądź niedostatecznym wydalaniem przez nerki, bądź wzmogoną produkcją, bądź niedostatecznym spalaniem przez tkanki, inni sądzą, iż kwas moczowy wogóle nie gra żadnej roli w patogenezie dny, ponieważ tworzy się w porażonych stawach na miejscu z nuklein jąder komórkowych. Wspomnę tu jeszcze o nowej hipotezie, wypowiedzianej przez MINKOWSKIEGO, iż, być może, u artrytyków kwas moczowy krąży we krwi i w cieczach tkankowych w innym połączeniu, niż u ludzi zdrowych, mianowicie w postaci, czyniącej go niezdatnym do wydzielania się przez nerki (harnunfähig) i powodującej przeto szkodliwy wpływ jego na tkanki.

Przekonaliśmy się wyżej, iż w artrytyzmie dobowe ilości wydalanego kwasu moczowego znajdują się w granicach fizyologicznych; dowodzi to, iż na zasadzie określonego w moczu kwasu moczowego nie wolno robić jakichkolwiek wniosków co do istnienia dny. Być może, iż wahania dzienne wydalanego kwasu moczowego endogenicznego dałyby się poniekąd w celach rozpoznawczych zużytkować, aczkolwiek, jak niżej zobaczymy, podobne wahania zachodzą również w zapaleniu nerek. Charakterystyczne wahania wydalanego kwasu moczowego, w przebiegu ostrych napadów dny, w wątpliwych przypadkach, rozumie się, przemawiałyby na korzyść cierpienia artrytycznego.

W kamicy nerkowej moczowej nie ma żadnych zboczeń pod względem zawartości kwasu moczowego we krwi lub w moczu.

Co się tyczy innych spraw chorobowych, to wzmogone wydzielanie kwasu moczowego spostrzegano w zapaleniu płuc włóknikowym (KUEHNAU, DUNIN i NOWACZEK (25), DRABCZYK,

(26) i in.), w sprawach septycznych i gorączkowych, a przedewszystkiem w białaczce.

W tej ostatniej chorobie ilość wydalanego kwasu moczowego dochodzi do 5 grm. na dobę (SCHULTZEN), w jednym przypadku moczu zawierał nawet około 9 grm. kwasu moczowego (MAGNUS-LEVY). Niekiedy pomimo zwiększenia liczby białych ciałek, ilość wydalanego kwasu moczowego znajduje się w granicach normy, co wówczas przemawia za tem, iż białe ciała nie ulegają wzmogonemu rozpadowi. NOORDEN zalicza podobne przypadki przewlekłej białaczki do lekkich form.

Co się tyczy ilości kwasu moczowego endogenicznego w białaczce, to STUEVE znalazł przy dyecie, wolnej od ciał purynowych 0,795—0,954 grm. kwasu moczowego, VAN der VEY znalazł 0,77—1,98 grm.; KAUFMAN i MOHR w 2 przypadkach znaleźli wzmogienie kwasu moczowego endogenicznego, mianowicie 0,899 grm. i 0,984 grm.; w trzecim natomiast pomimo 600,000 białych ciałek w mm. sz. krwi ilość kwasu moczowego wynosiła tylko 0,348 grm.; pod względem klinicznym przypadek należał istotnie do rzędu łagodnych form.

W zapaleniu płuc włóknikowym ilość kwasu moczowego endogenicznego wynosiła w przypadkach KAUFMAN'a i MOHR'a 0,76—1,6 grm.

Co się tyczy moczówki cukrowej, to określenie kwasu moczowego endogenicznego wykonali po raz pierwszy KAUFMAN i MOHR. Znaleźli oni w jednym lekkim przypadku normalną ilość, mianowicie 0,374 grm.; w trzech natomiast ciężkich przypadkach zwiększoną ilość, mianowicie 0,754 grm., 0,801 grm. i 0,617 grm., co dowodzi wzmogonego rozpadu nuklein komórkowych ustroju wskutek stanu wyniszczenia.

(D. n.)

Z Pracowni Bakteryologicznej w Warszawie.

## O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej.

Podali

Wł. Palmirski i B. Żebrowski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 4)

To, cośmy do tej pory powiedzieli, należy poprzeć odsetką śmiertelności, która dopiero może przyoblec nasze wnioski w szaty realniejsze. Ze 133 chorych, leczonych surowicą naszą, zmarło 20, co stanowi 15%. Przytem należy zauważyć, że jest to odsetka śmiertelności prawie wyłącznie z ciężkich przypadków, którą w warunkach zwykłych obliczają na 60—75% (BIEGAŃSKI). Porównując te odsetki, widzimy znaczne, jak na początek, zmniejszenie śmiertelności. Widoczne zmniejszenie, chociaż dla nas mniej korzystne, możemy zauważyć, jeżeli porównamy naszą śmiertelność z ogólną odsetką śmiertelności z lat ubiegłych w Warszawskim szpitalu dla dzieci, włączając do ogólnej liczby wszystkie przypadki tak lekkie, jak i ciężkie. Z danych, dostarczonych nam przez kol. SZERYPE, wypada, iż w 1900 r. w oddziale płoniczym zmarło 21,1%, w 1901 r. — 27,8%, a w 1902 r. — 25,33%.

Dla uwidocznienia wyników leczniczych zestawimy nasz materiał statystyczny w tablicy z uwzględnieniem dnia choroby, w którym została zastrzyknięta surowica.

W którym dniu choroby zastrzyknięto surowicę.	Liczba przypadków leczonych.	Zmarło.	Odsetka śmiertelności
1 dnia	4	0	0%
2 dnia	30	1	3.3%
3 dnia	40	1	2.5%
4 dnia	20	1	5%
5, 6 i później	39	17	43.6%
	94	3	3.19%

Otóż z zestawienia tego widzimy, że surowicę należy stosować jaknajwcześniej, wtedy tylko bowiem możemy spodziewać się dodatniego wpływu leczniczego. Tak ugrupowany materiał statystyczny uwidoczni nam dopiero działanie lecznicze surowicy przeciwpłoniczej, charakter epidemii oraz daje wskazania do jej użycia. Ze względu zaś na krótszy przebieg choroby, wcześniejszy okres zdrowienia oraz zapobieganie chociażby w znaczeniu zmniejszenia częstości powikłań tak ważnych, jakimi są zapalenia nerek, widzimy wskazania dla surowicy w każdym przypadku lżejszym czy cięższym. Mogą być tylko pewne wahania w dawkowaniu. Opierając się na zdaniu kol. MALINOWSKIEGO i innych klinicystów, opartem na spostrzeżeniach klinicznych, oznaczyliśmy dawkę leczniczą surowicy dla dzieci 1—2-letnich — 25 ctm. sz., dla starszych i dorosłych — 50 ctm. z tem zastrzeżeniem, że jeżeli po zastrzyknięciu surowicy na drugi dzień występuje względna poprawa, lecz stan chorego nas nie zadawała, należy po raz drugi surowicę zastrzyknąć w dawce, zależnej od wieku dziecka. Rzadko jednak zachodzi potrzeba powtórnego zastrzyknięcia surowicy, albowiem na 133 przypadki surowica powtórną była zastrzykiwana w 16 przypadkach.

Pozostaje nam obecnie zastanowić się, na czem polega działanie lecznicze surowicy przeciwpłoniczej w ustroju ludzkim.

Surowica przeciwpłonicza jest w gruncie rzeczy surowicą przeciwpaciorkowcową. Chociaż paciorkowcom, otrzymywanym z przypadków płonicy, przypisujemy swoistość dla tej choroby, jednakże są one w tak bliskim związku genetycznym z innymi odmianami paciorkowców pochodzenia septycznego, że ich odmienność opiera się przeważnie na własnościach biologicznych, to też to, co wiemy o surowicy przeciwpaciorkowcowej, da się powiedzieć i o surowicy przeciwpłoniczej.

Wychodząc z tego założenia i opierając się na teorii MIECZNIKOW'a i badaniach MARMO-

REK'a, szkoły Louvaińskiej, BORDET'a, TAVEL'a, NEUFELD'a i RIMPAU'a oraz innych badaczy musimy przyjąć, że działanie surowicy przeciwploniczej w ustroju ludzkim polega nie tylko na zobojętnianiu jadu, przez paciorkowce wytwarzanego, lecz i na wzmożeniu fagocytozy, same zaś paciorkowce pod wpływem surowicy swojej zmieniają w sposób dotąd bliżej nieznaną swe własności biologiczne i stają się mniej odpornymi na działanie fagocytów.

Nasza surowica przeciwplonicza nie posiada działania bakteryobójczego w ścisłym znaczeniu tego słowa, o czym mogliśmy się przekonać z następujących doświadczeń *in vitro*.

Doświadczenie I. Do hodowli bulionowej jednodniowej *str. conglomeratus* dodano surowicy przeciwploniczej seryi I w stosunku: 1) 1:1, 2) 2:1 i 3) 4:1. Powstałe mieszaniny kłócono i siano do bulionów: 1) po 10 minutach, 2) po  $\frac{1}{2}$  godzinie, 3) po 1 godz., 4) po 2 godz., 5) po 4 godz., 6) po 15 godz., 7) po 18 godz. i 8) po 24 godzinach. Ze wszystkich prób otrzymano hodowle *str. conglomeratus*.

Doświadczenie II. Do hodowli bulionowej 2-dniowej *str. conglomeratus* dodano surowicy przeciwploniczej seryi 2-jej, 7-jej i 8-jej w stosunku 1:1. Powstałe mieszaniny kłócono i siano do bulionów: 1) po  $\frac{1}{2}$  godz. 2) po 4 godz. 3) po 10 godz., i 4) po 20 godz. Ze wszystkich prób otrzymano hodowle *str. conglomeratus*.

Dalej, żeby wyświetlić działanie surowicy przeciwploniczej, była badana krew dzieci chorych na płonicę leczonych surowicą i nieleczonych przez kol. SZERYPĘ. W badaniach tych zwracaliśmy szczególniejszą uwagę na leukocyty. Jak nam wiadomo, badanie krwi w płonicy wykazuje zmniejszenie liczby czerwonych krążków krwi, postępujące w miarę trwania choroby, i znaczną leukocytozę, która wzmagą się stosownie do jakości przebiegu choroby. Badania te wykazały, że największa leukocytoza w płonicy jest 1-go dnia choroby, nastę-

pnie się zmniejsza i 3—4 dnia dochodzi prawie do normy. Po zastrzyknięciu surowicy przeciwploniczej leukocytoza zwiększa się zawsze już w 2—3 godziny po zastrzyknięciu i trwa 1—2 doby. W przypadkach bardzo ciężkich (śmiertelnych) leukocytoza zwiększa się nieznacznie (badano 18 przypadków).

Dla uwidocznienia i potwierdzenia powyższych wniosków zestawimy w niżej załączonej tabeli badane przypadki.

### I. Przypadki nieleczone surowicą.

1)	Dzień choroby	Godzina	Liczba leukocytów w 1 mm.	Ciepłota ciała	Powikłania
	2	11 r.	20438	38.2	—
	3	11 r.	12875	37.5	—
	4	11 r.	11500	37.	—
2)	1	4 p.p.	27500	37.8	—
	2	11 r.	18330	37.8	—
	3	11 r.	10940	37.8	—
	5	11 r.	13125	37.5	Ot.media
	7	11 r.	15625	37.8	—
	10	11 r.	13750	37.5	—
	14	11 r.	9680	37.0	—
3)	2	11 r.	26875	—	—
	3	11 r.	19000	39.3	—
	6	11 r.	14370	37.0	—
	11	11 r.	11875	37.0	—
	12	11 r.	17500	„	neph.
	25	11 r.	5300	„	—
4)	4	3 p.p.	18750	—	—
	5	10 $\frac{1}{2}$ r.	23125	—	Ot.media
	7	11 r.	35625	38.5	„
	9	11 r.	24060	37.8	„
	11	11 r.	25000	37	„
	14	11 $\frac{1}{2}$ r.	13600	„	„
	18	11 r.	18750	„	Otitis et lymphad. coli
	24	11 r.	15312	„	„
	25	11 r.	14200	„	„

## II. Przypadki leczone surowicą.

1)	Dzień choroby	Go-dzina	Liczba leu-kocytów w 1 mm.	Cie-płota ciała	Powikłania
	4	4 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> p.	7030	38.5	—
	5		injectio 50 cc.		
		11 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> r.	19680	37.4	—
		6 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> p.	10125	39.0	—
	6	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> r.	7180	37.3	—
2)	3	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> p.	9730	—	—
		1 g.	injectio 40 cc.		
		7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> w.	15500	38.7	—
	4	11 r.	10750	39.0	—
3)	4	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> p.	5260	39.1	—
		12 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> p.	injectio 50 cc.		
		3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> pp.	6400		
		7 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> pp.	7580	39.3	—
	5	10 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> r.	10150	37.4	—
	6	11 r.	5070	37	—
4)	3	11 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> r.	9770	39.8	—
		12 p.	injectio 50 cc.		
		2 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> pp.	12890	—	—
		7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> w.	14820	38.8	—
	4	10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> r.	13590	37.9	—
	5	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> pp.	7800	38	—
5)	4	11 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> r.	10625	—	—
		12 p.	injec 50 cc.		
	5	11 r.	12500	37.8	—
	6	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> r.	9375	37.0	—
	13	11 r.	4575	37.0	—
6)	3	12 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> p.	12180	39.8	—
		12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> p.	injec. 50 cc.		
		8 w.	15060	40.1	—
	4	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> p.	19635	39.8	—
		12 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> p.	inj. 2000 cc. antidiphth.		
	5	12 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> p.	35625	37.2	—
	6	12 p.	30000	37.0	—
	9	12 p.	18750	37.0	—
	14	12 p.	9210	37.0	—
	22	12 p.	6875	37.0	—

7)	Dzień choroby	Godzi-na	Liczba leu-kocytów w 1 mm.	Cie-płota ciała	Powikłania
	3	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> p.	10700	40.0	—
		1 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> p.	inj. 50 cc.		
	4	11 r.	14150	38.8	—
		8 w.	9375	38.4	—
	5	10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> r.	6875	38.0	—
8)	3	11 r.	9060	39.8	—
		11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> r.	injec. 50 cc.		
		4	30000	38	—
	4	11 r.	22190	37.8	—
	6	11 r.	14160	37.0	—
	7	11 r.	inj. 2000 cc. antidiphth.		
	8	11 r.	23525	38.9	—
	9	11 r.	19670	38.0	—
	18	11 r.	17190	38.0	pneum
	24	11 r.	15625	37.6	—
9)	3	12 p.	inj. 2000 seri antidiphth.	—	—
		7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> w.	44375	39.6	—
		8 w.	injec. 50 cc.		
	4	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> r.	39700	39.0	—
	5	11 r.	30625	37.9	—
	10	11 r.	16875	37.0	—
	22	11 r.	11720	38.0	lymph-adenit.
	26	11 r.	7500	37.0	—
10)	3	8 w.	8200	40.0	—
		8 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> w.	injec. 50 cc.		
	4	11 r.	10400	39.3	—
		1 p.p.	injec. 50 cc.		
	5	11 r.	13430	39.3	—
	6	11 r.	15625	38.9	pneumon.

Ze strony układu nerwowego spotykamy w płonicy drgawki, które u małych dzieci występują niekiedy w samym początku choroby, oraz pewną senność i bredzenie, trwające w średnio ciężkich przypadkach przez cały przebieg choroby; w przypadkach zaś ciężkich występuje śpiączka i zupełna nieprzytomność. Znikania tych objawów w przebiegu krótkiego czasu po

zastrzyknięciu surowicy inaczej sobie tłumaczyć nie możemy, jak tylko autytoksyecznością surowicy. Czy jad, wytwarzany w ustroju przez paciorkowce i wywołujący te objawy, krąży we krwi w stanie wolnym, czy też on wstępuje w ściślejsze połączenie z substancją ośrodków nerwowych, jak to bywa w tężcu, nie stanowczego powiedzieć nie możemy, brak nam odnośnych doświadczeń. Na wiele jeszcze pytań nie jesteśmy w stanie dać odpowiedzi wyjaśniających jedno tylko możemy powiedzieć, że surowica ma bardzo ciężkie zadanie do zwalczania tam, gdzie ma do czynienia nie tylko z samym zarazkiem chorobotwórczym, lecz i z produktami jego życiowej działalności. W miarę wyjaśniania się samej istoty choroby działanie lecznicze surowicy będzie zrozumialsze.

Co się tyczy samej surowicy, możemy powiedzieć, że nie posiada ona własności aglutynacyjnych. Do prób na aglutynację sieliśmy paciorkowce płonice na bulionie peptonowym z dodatkiem 0,1% cukru gronowego. Po 24 godzinach rozwoju w termostacie przepuszczaliśmy strumień powietrza w ciągu 6 godzin, poczem hodowla była gotowa do prób. Próby na aglutynację były wykonywane przy ciepłocie pokojowej.

Żadna z surowic naszych leczniczych nie

dawała odczynu powyżej 1 : 10 ani z paciorkowcami, używanymi do uodparniania koni, ani z paciorkowcami z przypadków septycznych. MOSER pod względem aglutynacji otrzymuje wręcz przeciwne wyniki. Jego surowica w rozcieńczeniu 1 : 4000 a nawet i większym 1 : 50000 aglutynuje paciorkowce, używane przez niego do uodparniania koni w celu otrzymania surowicy leczniczej. Natomiast dawka lecznicza MOSER'a *minimum* 200 ctm. sz.; podczas gdy nasza surowica w ilości 50, a nawet 25 ctm. sz. wykazuje wybitne działanie lecznicze.

Praca nasza nie jest jeszcze ukończona.

Zebrana wiązanka faktów i spostrzeżeń nie wyjaśnia nam wielu jeszcze pytań, chodziło nam głównie o zaznaczenie pracy w kierunku seroterapii. Prace w tym kierunku są wdzięczne, pozwalają bowiem skutecznie walczyć z chorobami zakaźnymi. Warszawa, jako centrum Królestwa Polskiego, nie powinna dać się wyprzedzać innym miastom Zachodu.

Na tem miejscu niech nam wolno będzie złożyć podziękowanie d-rom A. SIKORSKIEMU i A. MALINOWSKIEMU, których uczynności zawdzięczając, mogliśmy z laboratorium przenieść swe doświadczenia do oddziału szpitalnego i wprowadzić je na właściwe tory.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

11. M. ICARD. **Granica fizyologiczna ratownictwa w przypadkach śmierci domniemanej.**

Różne są sposoby niesienia pomocy w przypadkach, w których podejrzewamy śmierć pozorną. Tu między innymi zaliczają się głównie: sztuczne oddechanie, wdmuchiwanie powie-

trza (insufflacja) i rytmiczne pociąganie języka. Sposób, jakim się posługujemy, zależy od przyczyny oraz okoliczności, towarzyszących wypadkowi i znacznie niekiedy wklajających grozę położenia. Lecz jakkolwiekby się obrało metodę ratunku, powinno się ją stosować wytrwale i z pe-

wnem przekonaniem, że doprowadzi do pożądanych wyników. Ponieważ jednak wszystko ma swoje granice — więc i niesienie pomocy też musi mieć kres — granicę, po za którą pomoc nasza traci wszelką rację. Konkluzję tę można wyrazić jeszcze inaczej, a mianowicie: że albo muszą istnieć pewne oznaki śmierci, przy ujawnieniu których wszelka pomoc staje się zbytę, albo też że są oznaki, że życie tli jeszcze w napozór martwym już organizmie — a w takim razie ani na chwilę nie powinno się ustawać w stosowaniu zabiegów ratunkowych. Nie racjonalne jednak jest stawianie prawidła, że ratunek w przypadkach domniemanej śmierci pozornej należy prowadzić niestrudzenie w ciągu kilku lub kilkunastu godzin a nawet i dłużej, — jeśli się nie ma danych, któreby taką wytrwałość uzasadniały, tembardziej że położenie lekarza w niektórych przypadkach staje się nadzwyczaj kłopotliwym wobec otoczenia, które pewne manipulacje, jak np. długotrwałe pociąganie za język — często nawet uskuteczniane za pomocą specjalnego przyrządu, poczytuje wprost za pewnego rodzaju profanację, nie licującą z grozą chwili. Znacznie jednak wzmacnia się powaga lekarza, i sposoby przezeń stosowane zyskują na aprobacie, jeśli działa on na zasadzie danych, które z niejaką pewnością wskazują, że zabiegi, przezeń stosowane, nie są bezcelowe. Lekarz zaś, mając w danym przypadku pewne wskazówki, że życie nie uleciało, nie zaprzestanie zabiegów, a tem samem uniknie wyrzutów, jakiego sam sobie mógł następnie robić, że może zbyt wczesnie ratunku zaniechał — tembardziej że (jak wyżej) życie w przypadkach pozornej śmierci niekiedy dopiero po wielogodzinnych usiłowaniach ratunkowych się ujawnia.

Dwa poniżej przytoczone spostrzeżenia najlepiej sprawę ilustrują.

W przypadku LABORDE'a — duży pies, nad którym już dnia poprzedniego robiono analogiczne doświadczenia — znów poddany został trującemu działaniu chloroformu (wziewaniom): oddech zupełnie ustał, brak odruchu oko-powiekowego, oddanie pod koniec kału i moczu — objaw szczególnie ważny przy stwierdzonem zaduszeniu (*asphyxie*). Przystąpiono do zabiegu. Za pomocą specjalnego przyrządu (*tracteur*) przez dwie godziny prawie dokonywano rytmicznego

pociągania za język — bezskutecznie. Chciano już dalszych prób zaniechać, lecz na szczególne żądanie pomocnika, doskonale obznajmionego z tego rodzaju doświadczeniami — zgodzono się je jeszcze przez jakiś czas stosować. Otóż po godzinę jeszcze trwających usiłowaniach wystąpił objaw znamienny, a mianowicie, pewien stopień zaczerwienienia języka, które się z wolna zmagało, aż prawie do zabarwienia normalnego, i któremu zaczęła towarzyszyć pewna odporność języka na pociąganie — co stanowi już pewną oznakę mających się pojawić ruchów oddechowych. I tak rzeczywiście się stało — po 2½ godzinach ustawicznej pracy przyrządu zwierzę zaczęło oddychać i wkrótce powróciło do siebie.

W innym przypadku pies po nadmiernem zachloroformowaniu nie dawał już absolutnie żadnych znaków życia. Wszelkie usiłowania docucenia się go — pozostały bez skutku, a przynajmniej autor stracił co do tego wszelką nadzieję. Zwyczajem jednak, zwykle przez siebie w przypadkach pozornej śmierci praktykowanym (i przez niego też zainicjowanym), zastrzyknął mu pod skórę roztwór fluoresceiny — i nie zwracał już na psa uwagi. W 10 minut później przecież, rzuciwszy nań przypadkiem okiem, zauważył znamienne żółte zabarwienie skóry i błon śluzowych, oko zaś przybrało piękną szmaragdowo-zieloną barwę. Było to więc niezbitym dowodem, że fluoresceina została w krew wessana — a więc że zwierzę żyło. Dla braku jednak czasu autor zaniechał dalszych prób ratunkowych. Jakież więc było jego zdziwienie, gdy nazajutrz znalazł psa żywego, szczekającego: pies sam przez się w ciągu nocy do życia powrócił.

Zastanawiając się nad rozmaitymi przypadkami śmierci domniemanej, autor twierdzi, że kryterium, dające pewność, że dany organizm nie zmarł, stanowi możność wykazania w nim cyrkulacji krwi. Ponieważ jednak jest ona u osobnika, uległego śmierci pozornej, tak osłabiona, że spostrzegaczowi, obdarzonemu bardzo nawet subtelnymi zmysłami — zwykłymi sposobami fizycznego badania stwierdzić się nie daje, dla wykazania więc jej uciec się należy do innych dróg. Pod tym względem jako sposób pewny uważa zalecone przez siebie podskórne zastrzyknięcie fluoresceiny. Jeśli obieg krwi ustał zupełnie, wyników z zabiegu tego nie otrzymuje się żadnych, jeśli zaś istnieje — choćby w



jaknajslabszym — że tak powiemy — nieuchwytnym stopniu, ulega ona rezorbeyi: ta zaś ujawnia się — jak wyżej nadmieniono — żółtem zabarwieniem skóry i błon śluzowych oraz wysoce znamiennej zielonem zabarwieniem oczu. Objaw ten można uważać za pewny w przeciwstawieniu do objawu LABORDE'a — stopniowe czerwienienie języka oraz odporność jego na pociąganie — który niekiedy zawodzi — i dla rozpoznania którego potrzeba już sporej dozy doświadczenia. Bądź jak bądź, ma on ważne znaczenie jako oznaka, dopełniająca objaw, wywołany fluoresceiną. Zastrzyknięcie fluoresceiny najlepiej robić w okolicę epigastrii lub ud. 2.0 gramy (?) jej w 10 c. sz. roztworu alkalicznego wystarczają.

Pracę swoją autor kończy uwagą, że lekarz, wezwany do przypadku domniemanej śmierci — powinien jednak przedewszystkiem zająć się ratunkiem, a nie zwlekać z nim dla celów dyagnostycznych, — czyli że fluoresceinę należy stosować w trakcie wykonywania odpowiednich zabiegów, gdy te po jakimś czasie nie dają pożądaných wyników. Wykonane wtedy zastrzyknięcie usunie wątpliwości i wskaże nam, czy ratunek prowadzić dalej — czy też dalszych usiłowań zaniechać.

(Archives gener. de Medecine N. 44 1904r.)

*F. Gr.*

## 12. PFANNKUCH. Przyczynę do nauki o ostrej białaczce.

Przypadek, przez autora spostrzegany, miał ostry przebieg, przypominający ostre choroby zakaźne, okazywał cechy dyatezy krwotocznej, a we krwi przewagę dużych limfocytów. Na 375 leukocytów znaleziono: limfocytów dużych 287 = 76,5%, myelocytów neutrofilowych 40 = 10,6%, leukocytów neutrofilowych wielojądrowych 46 = 12,2%, limfocytów zaś małych i komórek eozynofilowych brak było zupełnie. Bardzo obficie występowały komórki, które budową przypominały limfocyty, lecz różniły się od nich wyraźnymi cechami zwyrodnienia. W jednych brak było budowy jądra, inne okazywały figury mitotyczne, jeszcze inne — dziwaczne obrysy ciała i jądra. Zmiany jąder polegały na rozgałęzieniu ich, utracie konturów oraz wylugowaniu nukleiny.

Zachowanie się krwi w przypadku autora

znacznie różni się od typu, podanego przez FRAENKEL'a dla ostrej białaczki. Według FRAENKEL'a, rozpoznanie ostrej białaczki jest pewne, gdy znajdujemy limfemię w połączeniu z polimorfizmem komórek. Ponieważ jednak dalsze spostrzeżenia (LITTEK, KLEMPERER, SENATOR, GRAWITZ, EHRLICH, LAZARUS i in.) wykazały, że ten sam stan krwi zdarzyć się może także w białaczce przewlekłej, przeto FRAENKEL zmienił swe zdanie w tym sensie, że limfemia stanowi najzwyczajniejszy lub przynajmniej najczęstszy stan krwi w ostrej białaczce. Zdanie to zachowało swe znaczenie jeszcze w obecnej chwili. Znajdujemy najczęściej obok zwiększenia liczby dużych limfocytów — w pojedynczych przypadkach limfocytów małych (WESTPHAL, PAPPENHEIM i in.) — małą odsetkę wielojądrowych neutrofilów, b. mało komórek eozynofilowych (najczęściej poniżej 1%) i myelocytów neutrofilowych (0,4 — 0,6%). Zupełnie odosobione są b. nieliczne przypadki ostrej białaczki ze znaczną liczbą wielojądrowych leukocytów. Tak np. w przypadku HIRSCHLAFF'a przy stosunku białych ciałek do czerwonych, jak 1:4, było komórek jednojądrowych 40%, a leukocytów wielojądrowych 60%. Przypadek REIMANN'a zasługuje na uwagę z tego względu, że krew okazywała początkowo przyrost leukocytów wielojądrowych, później zaś przewagę elementów jednojądrowych. Przy oględzinach znaleziono między innymi powiększenie gruczołów piersiowych (co było także w przypadku autora).

W piśmiennictwie niema dotychczas przypadku analogicznego do spostrzeżenia autora. Obraz hematologiczny w przypadku autora ma cechy zarówno ostrej białaczki limfatycznej (zwiększenie liczby limfocytów), jak i przewlekłej białaczki szpikowej (wysoka odsetka myelocytów i neutrofilów wielojądrowych). Możliwym jest, że ma się tu do czynienia z nową postacią ostrej białaczki, z pierwotną mieszanokomórkową białaczką.

Nie jest również nieprawdopodobnem, że autor miał do czynienia z rozwojem ostrej białaczki na tle poprzedniego cierpienia krwi, gdyż chory nadługo przedtem okazywał wybitną bladeść, jakkolwiek jeszcze przez cały czas pracował, czuł się stosunkowo dobrze i nie zwracał się o poradę do lekarza. Zdarza się niekiedy, że na 2 — 4 dni przed śmiercią przyłączają się

do poprzednio istniejącej małokrwistości lub białaczki rzekomej zmiany krwi, świadczące o białaczce, przyczem rozpoznaje się *leukaemiam acutissimam*. Autor również miał sposobność badać krew swego chorego dopiero na 4 dni przed jego śmiercią.

(Münch. med. Woch. N. 39. 1904.)

S. P.

### 13. S. JELINEK. Nie notowany dotąd objaw choroby Basedow'a.

Objaw omawiany autor po raz pierwszy zauważył już w roku 1889. Od owego czasu wielokrotnie go spostrzegał u chorych bądź to ambulatoryjnych, bądź leczących się w klinice. Polega on na równomiernem brunatnawem zabarwieniu skóry powiek — górnej i dolnej. Na górnej powiece, gdzie zabarwienie to jest nieco wyraźniejsze, sięga ono aż ku brwiom, — na dolnej zaś aż do *margo infraorbitalis*.

Łącznica pozostaje wolną. Pigmentacja tu zalicza się do objawów wczesnych; u wielu chorych z biegiem cierpienia staje się mniej wyraźną, rzadko jednak brak jej zupełnie. Usadnienie się jej tu należy do pewnego stopnia uważać za prawidłowe, i tem właśnie chyba jedynie się wyróżnia od innych zabarwień, pojawiających

się na skórze to tu, to owdzie — bez stałego umiejscowienia w przebiegu choroby Basedow'a lub obrzęku śluzowego (*myxoedema*). V. SCHROETTER czyni zaburzenie to zależnem od nieprawidłowości wydzielniczej gruczołu tarczowego. (*Dysthyreoidismus*).

Autor, nie wdając się w szczegółowe objaśnienie tego objawu, pragnie tu jedynie zaznaczyć, że, badając wraz z ROSIN'em krew w przypadkach choroby Basedow'a, znajdował wybitne różnice między siłą barwiącą jej (*Färbekraft des Blutes*) a zawartością w niej żelaza. Wyniki, otrzymany tu u chorych tej kategorii, zbliżają się do pewnego stopnia do wyników, otrzymany przy żółtaczce. Przy prawidłowej liczbie czerwonych krążków i zmniejszonej ilości żelaza w danej objętości krwi, ilość hemoglobiny okazuje się względnie zmniejszoną, co — innymi słowami — jak się autor wyraża — ma oznaczać, że siła barwiąca krwi jest nienormalnie wzmoczona, lecz nie przez barwnik, zawierający żelazo — hemoglobinę.

(Wien. klin. Woch. Nr. 43. 1904 r.)

F. Gr.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Grudnia 1904 r.

TREŚĆ: WŁ. PALMIRSKI i B. ŻEBROWSKI. — „O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwploniczej.“

1) WŁ. PALMIRSKI w imieniu swoim i ŻEBROWSKIEGO wygłosił rzecz p. t.: „O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwploniczej“. Rzecz ta drukowana jest w „Medycynie“.

W dyskusji Alfons MALINOWSKI przedewszystkiem zaznacza z prawdziwym zadowoleniem, że seroterapia płonicy w ciągu dwóch lat

zyskała ogólne uznanie, dzięki kol. PALMIRSKIEMU i tym wszystkim, którzy, używając surowicy, przyczynili się do jej wypróbowania i rozpowszechnienia.

PALMIRSKI nazywa ostre formy płonicy płuceniami dlatego, że znalazł przy nich w płucach *strept. congl.* Mówca sądzi, że jest to niesłuszne, niema tu bowiem zapalenia płuc, a przyczyną śmierci jest porażenie serca.

Dotychczas nie możemy wywołać u zwierząt klinicznego obrazu płonicy, a mianowicie

wysypki, lecz wysypka nie jest najważniejszym objawem nawet u ludzi. Natężenie jej bywa bardzo rozmaite, szczególnie u dzieci śniadych jest ona bardzo niewyraźna, gdy u jasnych blondynów o białej skórze bywa bardzo silnie czerwona. Jest to więc objaw drugorzędny, zależny od skóry i nerwów, główne zaś objawy płonicy to zatrucie i zakażenie, i o wywołanie tych objawów i powikłań ostrych, jak zapalenia gruczołów, dyfteroid błon śluzowych i t. p., powinno się starać przy doświadczeniach nad zwierzętami. Osiągnięcie tego będzie dowodem swoistości zarazka. U ludzi jednostką ochronną, ustaloną klinicznie, pozostanie 25 ctm.<sup>3</sup> w 1 — 2 roku życia, a 50 ctm.<sup>3</sup> u starszych dzieci. Śmiertelność przy leczeniu surowicą jest o wiele mniejszą, lecz 15% jest to śmiertelność z przypadków szpitalnych, tymczasem w praktyce prywatnej śmiertelność jest o wiele mniejsza z powodu wcześniejszego użycia surowicy.

Co się tyczy powikłań ropnych, to zależą one od osobniczego usposobienia i nie są właściwością jedynie tylko samej płonicy. Spotykamy zapalenia ropne gruczołów w odrze i tyfusie, zapalenie ropne uszu w odrze, w tyfusie, a jednocześnie widzimy wiele przypadków ciężkich płonicy bez tych powikłań. *Str. conglomeratus* więc nie zawsze wywołuje ropienia, choć zawsze znajduje się w płonicy. Sprawy więc ropne w gruczołach, uszach, stawach mogą zależeć od innego zarazka, dołączającego się przypadkowo.

KARWACKIEMU nazwa „surowica przeciw-płonicza“ wydaje się niewłaściwą, gdyż o zarazku swoistym płonicy dotąd nie wiemy. Służniej byłoby nazywać surowicę „przeciw-paciorkowcową“.

W sprawie zaś etiologii płonicy KARWACKI przytacza poszukiwania JOCHMAN'a, z których wynika, że paciorkowce we krwi chorych na płonicę spotykają się zaledwie w 14% wszystkich przypadków, oprócz paciorkowców JOCHMAN znalazł dwoinki FRÄNKEL'a i laseczniki paratyfusowe, z czego wynika, że wikłająca rola paciorkowców bynajmniej nie jest wyłączona.

Paciorkowców JOCHMAN nie znalazł nigdy w okresie powstawania płonicy, lecz zawsze w okresie cierpienia ukonstytuowanego przeważnie między 2-gim a 15-m tygodniem choroby.

ŻURAKOWSKI Aleksander nie zgadza się z zapatrywaniem PALMIRSKIEGO, by *str. conglomeratus* był zarazkiem szkarlatyny. Tak jak z faktu, że się we krwi zmarłego lub chorego na dżumę znajduje pneumokoki lub streptokoki, albo że się w przewodzie pokarmowym chorego na cholereę znajduje *b. coli*, nie można wnioskować, że pneumokoki, czy streptokoki wywołują dżumę, albo że *b. coli* jest sprawcą cholery, tak samo znajdowanie paciorkowców w ustroju chorym na szkarlatynę nie daje prawa do twierdzenia, że owe paciorkowce są przyczyną szkarlatyny. Na korzyść tego twierdzenia nie przemawiają również pomyślnie wyniki po stosowaniu surowicy t. zw. przeciwszkarlatynowej. Należy pamiętać o tem, że do wyrobu surowicy przeciw-szkarlatynowej służą paciorkowce, nie przeprowadzane przez zwierzęta, a więc nie osłabione w swem działaniu na człowieka, gdy do wyrobu surowicy przeciw-paciorkowcowej służą szczepki, choć wyhodowane z człowieka, ale przeprowadzone przez zwierzęta, a więc o zupełnie zmienionych cechach swej zjadliwości. Już statystyka, przytoczona przez KARWACKIEGO, bardzo osłabia dowodzenie prelegenta, a cóż powiedzieć o tem, że w znanych ze swej zaraźliwości łuskach skórnych nie znajdowano, pomijając nieliczne przypadki, weale *str. conglomeratum*. Na mówcę stan obecny całej sprawy sprawia takie wrażenie, że szkarlatyna swoją drogą, a paciorkowce swoją. Przyszłe badania muszą się koniecznie oprzeć na zwierzętach i w tym celu należałoby przedzielić spostrzeżenia angielskie, wedle których po zaszczepieniu wydalin i łusek szkarlatynowych zjawia się u bydła rogatego jakiś szczególne zakażenie.

REMBIELIŃSKI przypomniał zdanie, wygłoszone na tem samym miejscu przed kilku laty przez ś. p. prof. NENCKIEGO. Zdając sprawę z przebiegu prac swoich, dokonywanych łącznie z WYŻNIKIEWICZEM i SIEBEROWĄ, nad księgosuszem, zgasły uczone przypisywał niepowodzenie, jakie przez czas długi towarzyszyło poszukiwaniom nad istotą zarazka księgosuszu, tej okoliczności, że przy nich stosował był metody hodowli grzybków, wówczas gdy zarazek ten okazał się pierwotniakiem. Prof. NENCKI zaznaczył wtedy, że jego zdaniem, zarazek księgosuszu jest pokrewnym zarazkowi ospy, odry i płonicy.

REMBIELIŃSKI przeto wypowiada przekonanie, że i omawianą sprawę zarazka płoniczego możeby uwieńczyło powodzenie, gdyby za punkt wyjścia wziąć drogę, wytkniętą wówczas przez NENCKIEGO.

Wł. JANOWSKI zaznacza, że dotąd zdanie o wywoływaniu szkarlatyny jest tylko luźnem przypuszczeniem. Przebieg szkarlatyny, jako ciężkiego zakażenia ogólnego, zdaje się przemawiać za pochodzeniem jej bakteryjnym. Paciorkowce ropotwórcze są, zdaje się, tylko owym fatalnym dodatkiem, zwiększającym niebezpieczne działanie niewiadomej dotąd przyczyny. W fakcie, że paciorkowce PALMIRSKIEGO nie zlepiają paciorkowców zwykłych, J. upatruje jeden z argumentów za jego odrębnością. Pomimo braku dostatecznych dowodów dla teoretycznego rozstrzygnięcia tej kwestyi, J. sądzi, że jesteśmy zupełnie upoważnieni do stosowania surowicy P. przeciwploniczej. Przekonał się bowiem kilkakrotnie o szybkim pomyślnem działaniu tej surowicy.

W odpowiedzi PALMIRSKI zaznacza, że, opierając się na trzech sekeyach postaci piorunującej płonicy, w których *str. conglomeratus* był otrzymany tylko z płuc, wyprowadza wniosek, iż postać piorunująca płonicy jest postacią płucną tej choroby, uważając płuca jako wrota przedostania się zarazka do ustroju. Dalsze badania w tym kierunku dostarczą w przyszłości liczniejszego materiału.

Wprowadzenie jednostki do oznaczania siły surowicy przeciwploniczej P. uważa za bardzo ważny krok naprzód, ponieważ pozwoli ona oryentować się w objawach klinicznych u chorych, leczonych tą surowicą.

Co się tyczy swoistości *str. conglomeratus* dla płonicy, P. odpowiada, że wniosek swój opiera na znajdywaniu paciorkowca o stałym typie zarówno przy życiu, jak i po śmierci u chorych na płonicę. Za najważniejszą cechę tego paciorkowca

uważa to, że surowicą z koni, uodparnianych hodowlami *str. conglomeratus* ma własności lecznicze w płonicy, podczas gdy surowica przeciwpaciorkowcowa nie posiada tej własności.

MALINOWSKI Alfons wyraża zdziwienie, że bakterjologicy zaprzeczają swoistości zarazka *str. conglomeratus* w płonicy u zwierząt. Mówca sądzi, że taką kwestyę można również naukowo rozstrzygnąć na drodze klinicznej, zarazenie bowiem między ludźmi dochodzi do skutku przy pośrednictwie produktów chorobowych, w których stale spotykamy *strept. conglom.* — a surowica krwi tym streptokokiem uodparnianych zwierząt jest środkiem leczniczym u ludzi chorych na płonicę.

ŻURAKOWSKI Aleksander zwraca uwagę, że nie poruszał wcale strony klinicznej i pożytku stosowania surowicy, do czego zupełnie nie czuje się upoważnionym, sądzi stanowczo, że nie klinika, lecz pracownia rozstrzygnie sprawę etiologii szkarlatyny, tak jak nie klinika, a pracownia rozstrzygnęła etiologię innych chorób zakaźnych (Ż. ma na myśli oczywiście choroby pochodzenia bakteryjnego), wreszcie nie zgadza się na to, by związek szkarlatyny ze *str. conglomeratus* został dowiedziony. Samo pojęcie *str. conglomeratus* jest pojęciem czysto systematycznym i do tego sztucznym. Nie można tej odmianie paciorkowca przypisywać szczególnego znaczenia, jeśli ją znajdowano w sprawach najrozmaitszego pochodzenia, nawet w ślinie zdrowych ludzi, którzy nigdy nie przebywali szkarlatyny. W niczem to jednak nie ma uchybiać surowicy, wyrabianej przez prelegenta: etiologii szkarlatyny możemy nie znać, ale skoro surowica w licznych już przypadkach sprawiła wynik pomyślny, to ją stosować nie tylko można, lecz należy.

T. Korzon.

## N O W E L E K I.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 4).

### Itrolum.

Cytrynian srebra.

Igły białe, wrażliwe na światło i powietrze, w wodzie mało rozpuszczalne.

Zastępuje jodoform: jako proszek do posypywania cienką warstwą; jako roztwór wodny (1:4000–8000), który trzeba za każdym razem świeżo przygotowywać. Są gotowe tabletki (podobnie jak sublimatowe) po 0.1. Roztwórów używa się: do odkażania rąk, narzędzi, ran, jam ropnych; do iniekcji w rzeżączce, do pędzlowań w *Ulcus molle*.

W rzeżączce: Iniekcje 4–5 razy dziennie; z początku roztwory słabe 0.02:200.0; później 1:4000. W rzeżączce macicy: paleczki do szyi wprowadzać: I. 2.5; Cerae albae 1.5; Ol. cae. 9.0; fiant 30 bacul. longit. 3–4 cm.; 2–3 razy na tydzień.

W owrzodzeniach przymiotowych: obmycie 1:4000; później posypywanie suchym proszkiem I.

W okulistyce: *Conj. blenorrh.*, *Ulc. corneae*, *Pannus*, *Phlyctenae*, *Trachoma*, *Blenor. neonat.* Wdmuchiwanie proszku I. wywołują przekrwienie łącznicy bolesne, które szybko ustępuje. Itrol zasługuje na pierwszeństwo przed lapisem w leczeniu oczu masowem, np. wojska w koszarach.

W dentyście: I. używany bywa do wyjaławiania korzeni zębów.

Bieliznę poplamioną na brunatno należy zwilżyć roztworem: Sublim. 5.0; NaCl. 5.0; Aq. 200.0; później wyprać.

Itrolo-glutoidowe kapsułki po 0.1 zaleca SAHLI w biegunkach jako antyseptyk kiszkowy; do 1.0 dziennie. Nie dawać dłużej, niż 3 dni.

### Jequiritolum.

Do leczenia przewlekłych zapaleń oka, w których dawniej używano *Infusum Jequirity* albo *Abrinam* (bardzo trujące ciało białkowe, zawarte w tej roślinie), mianowicie: do usuwania pozapalnych zmętnień rogówki, zbliznowaceń łącznicy, RÖMER zaproponował Jequiritol. Tenże znajduje się w handlu w 4 roztworach. N. 1 jest najslabszego stężenia; jedną kroplę (= 0.01 c. sz.) wpuszcza się do oka; rozwija się zapalenie ostre. Gdy się jedną kroplą skutku jeszcze nie osiąga, to podnosi się dawkę co dzień o jedną kroplę, aż wystąpi pierwsze typowe zapalenie jequiritowe. Gdy pierwsze to zapalenie zniknie po kilku tygodniach, to dane oko znosi już roztwór mocniejszy, ponieważ wraz z ilością owych odczynów zapalnych powiększa się też odporność oka, aż wreszcie najmocniejsze nawet dawki nie działają. Ostre te zapalenia ponawia się o tyle, o ile to potrzebne jest do usuwania zmian jagliczych, zmętnień rogówki i t. p.

Wprowadzono też w użycie surowicę Jequiritolową na wzór surowicy BEHRING'a, posiadającą własność paraliżowania działania Jequiritolu, i to zarówno przy użyciu miejscowem do worka łącznicy, jakoteż podskórnie. Gdy zapalenie w 24 godziny po dawce Jequiritolu staje się zbyt silnem, wkrapla się surowicę, co zazwyczaj wystarcza do usunięcia stanu zapalnego.

Przetwory powyższe wyrabia MERCK w Darmsztacie.

### Jodalbacidum.

Przetwór jodowo-białkowy. Zawiera 10% jodu.

Proszek żółtawy, prawie bez smaku i zapachu, trudno rozpuszczalny w wodzie.

Stosowany tam, gdzie przy dłuższym leczeniu jodem bywa skłonność do jodyzmu, np. w przymiocie późniejszym. Natomiast nieskuteczny w przymiocie wcześniejszym, jak również tam, gdzie zachodzi potrzeba energicznego stosowania jodu, np. w gumacie mózgu.

0.5 — 1.0 po jedzeniu; 3 — 5 razy dziennie. Można brać czas długi.

#### Jodipinum.

Własności wszelkie zupełnie te same, co i Bromipiny (patrz Bromipin).

Zawiera 10 — 25% jodu. Dawany bywa w zastępstwie jodu, gdy tenże przez chorych nie jest znoszony.

10% J. łyżeczkami 2 — 3 razy dziennie. Dzieciom kroplami. Podskórnice: w przymiocie, raz dziennie 10 — 20 c. sz. 10-25%. Maść: J. (10%) 25.0; Vasogeni puri spiss. 50.0.

#### Jodoformum bituminatum.

Połączenie jodoformu ze smolą. Są to łuski brunatne, połyskujące, dające się łatwo sproszkować; zapachu jodoformowo-smołowego.

Zastępuje jodoform.

#### Jodoformogenum.

Połączenie białkowe jodoformu (10% tegoż).

Proszek jasno-żółty, pyłkowaty, prawie bez zapachu, nierozpuszczalny w wodzie. Zastępuje jodoform.

#### Jodo-Gallicinum.

Zawiera 38.4% bismutu i 23.6% jodu.

Proszek ciemno szary, amorfny, bez zapachu, nierozpuszczalny. Kwasy, alkalia oraz dłuższe działanie wody rozkładają go.

Zastępuje jodoform i bywa dobrze znoszony. Działa jako antyseptyk miejscowy.

#### Jodolum.

Zawiera 89% jodu. Proszek bez zapachu. Nieszkodliwy antyseptyk.

Zewnętrznie: w owrzodzeniach przymiotowych jako proszek do posypywania. W praktyce nosowo-krtaniowej do wdmuchiwań (z mentolem 1%).

Wewnętrznie: w sprawach wysiękowych, duszniczy bolesnej: J. 3.0; Pulv. et Extr. q. s. ad. pilul. N. 30; 2 razy dziennie po 2 — 3 pigułki.

#### Jodolenum.

Przetwór białkowy, zawierający 36% jodu.

Proszek żółtawy, bez smaku i zapachu, rozpuszczalny tylko w rozcieńczonym gorącym wyskoku. Drażni kiszki i wywołuje jodyzm, dlatego mniej się nadaje do użytku wewnętrznego. Natomiast zewnętrznie jest dobrym środkiem odkażającym, np. przy głębokich owrzodzeniach.

#### Jodopyrinum.

vel. Jodantipyrinum. Łączy w sobie działanie jodu (40%) i antypiryny.

Kryształy bezbarwne, bez zapachu, rozpuszczalne zwolna w wyskoku, eterze, wodzie gorącej.

Stosowany w astmie, influenzy.

0.5 — 1.0 w proszku, 3-4 razy dziennie. Dzieciom 0.1 — 0.3.

#### Jodosinum.

Przetwory jodosinowe są to połączenia jodu z białkiem.

J. p u r u m (15% jodu) 0.25 = 1.0 jodku potasu.

Liq. Jodosini (0.25% jodu): 3 łyżki dziennie; dzieciom łyżeczkami.

Związek bromu z białkiem nazywa się Bromosinum i zawiera 10% bromu.

#### Jodosolvinum.

Zawiera 15% jodu.

Płyn oleisty, nie drażniący, łatwo wchłaniany przez skórę.

Stosowany: w astmie, zółkach, przymocie.

Zewnętrznie do wcierań. Wewnętrznie po 10—15 kropel kilka razy dziennie, w wodzie ocukrzanej, mleku.

### Jodylinum.

Jodsalicylan bismutu. Budowa analogiczna z dermatolem, tylko że w jodylinie zamiast kwasu gallusowego jest kwas dwujodsalicylowy.

Proszek jasno-szary, drobny, o zapachu przypominającym jod.

Działa wysuszająco, odkażająco, przy posypywaniu owrzodzeń i ran świeżych i ropiejących. Jest też gaza jodylinowa.

### Kola.

Orzech *Kola* zawiera 2-3% kofeiny. Środek wzmacniający w stanach osłabienia. Jest w handlu wino K. oraz inne przetwory.

Kolanina D-ra KNEBEL'a. Glikozyd, który w żołądku rozpada się na dekstrynę, czerwień kola i kofeinę. Działa orzeźwiająco i moczopędnie. Dawany w histeryi i neurastenii.

Są pastylki po 0,2.

### Kreozotum.

Wewnętrznie. W sprawach gruźliczych zwłaszcza u dzieci: K. opt., Bals. per. ana 5.0; Spir. vini 10.0; Ol. jec. albi 100.0; Ol. menth. 1.0; 3 łyżeczki dziennie w mleku, po jedzeniu. K. opt. 3.0; Ol. menth. gutt. 12; Ol. jec. albi 180.0; Aq. calcis 180.0; 3-6 łyżek dziennie.

Zewnętrznie: Maść K. - Vasogenowa (10%). Stosowana w żołąkach i gruźlicy, gdzie chory nie może lub nie chce brać do wewnątrz. Wciera się 5.0 naraz.

Kreozotal czyli Węglan kreozotu. Zawiera 92% kreozotu. Nie tak wstrętny, jak kreozot.

Przy ciepłocie zwykłej płynny, koloru burztynowego, nierozpuszczalny w wodzie, miesza się z wyskokiem, rozpuszcza się w olejach tłustych.  $\frac{1}{2}$ -3 łyżeczek dziennie, w mleku, winie. Dzieciom: 1-10 kropel.

Kreozotal zalecany bywa, prócz gruźlicy, także w zapaleniu płuc ostrem, w dawkach du-

żych: K. 10.0; Syr. alth. 60.0; zażyć w ciągu doby w 4 porcjach. Tak samo w tyfusie.

Kreozot-Formalina. Używana do wdychań: 20-30 kropel nalewa się na płytę gorącą i stawia w pokoju suchotnika.

Kreozolid „Denzel“ zastępuje kreozot.

### Kreospinolum.

Kreozotowy białkan roślinny, wydobyty ze szpinaku. Proszek brunatno-zielony, nierozpuszczalny, przyjemnego zapachu i gorzko-słonego smaku. Zawiera 3.6% kwasu fosforowego i 2.6% żelaza.

Wskazania i dawki, jak kreozotu.

### Kryofinum.

Produkt kondensacyjny z p-fenetidyny i kwasu metylglikolowego.

Kryształy białe, bez smaku, w wodzie zimnej trudno, w gorącej łatwiej rozpuszczalne.

*Antipyreticum. Antineuralgicum. Sedativum.* W *Ischias*, migrenie. W czasie spadku gorączki wywołać może poty, sinicę, mdłości.

0.5 (= 1.0 fenacetyny), w proszku, kilka razy dziennie. Dzieciom 0.2.

### Lactagolum.

Suchy wyciąg z nasienia bawełny. Proszek drobny, żółto-biały, nierozpuszczalny w wodzie. Dany w mleku ma smak przyjemny. Pobudza wydzielinę mleka u kobiet karmiących. 3-4 łyżeczki dziennie.

### Larginum.

Związek srebra z protalbina, która jest produktem rozszczepienia paranukleoproteidów.

Proszek białoszary, rozpuszczalny trudno w wodzie (10%), łatwo w glicerynie, surowicy, roztworach peptonu, roztworach białka kwaśnych i alkalicznych. Roztwór wodny jest żółty. Winien być przechowywany w naczyniach brunatnych.

Dobry środek w rzeżączce, mający przewyższać nawet protargol. Do iniekcji  $\frac{1}{2}$ -2%, kilka razy dziennie. U kobiet 5% przepłukiwa-

nia pochwy i  $\frac{1}{2}\%$  macicy. W okulistyce  $2\%$  wkraplania w *Blennorrh. conjunct.*

### Lewuloza

czyli Diabetina. Czysty cukier owocowy, otrzymywany drogą hydrolizy z cukru trzcinowego. Białe kryształy, rozpuszczalne w wodzie. Daje się dyabetikom do 25.0 dziennie.

### Lenigallolum „Knoll”.

Pyrogallol acetylowany. Jest o wiele lepszy, niż pyrogallol, który działa trująco i drażniąco.

Proszek biały, nierozpuszczalny w wodzie, nieszkodliwy. Na skórze zdrowej obojętny; na miejscach chorych zmniejsza swędzenie i działa wysuszająco. W *Eczema subac. et chron.* maść 10-20%.

### Liantralum.

Płyn czarno brunatny, gęsty, zapachu swoistego, na powietrzu zasycha powoli. Nierozpuszczalny w wodzie, łatwo w benzolu, mało w olejach tłustych i lotnych, spirytusie, eterze.

Stosowany w *Pruritus, Eczema, Psoriasis*. Najlepiej łączyć L. z Ung. caseini: 10:100.

### Lignosulfit.

Płyn żółto-brunatny zawierający w sobie kwas siarkowy (SO<sub>2</sub>) w postaci gazu w związku z przyjemnie pachnącą substancją aromatyczną drzewa sosnowego. Używany do wdechań w gruźlicy, w postaci rozpylania w pokoju chorego. Bierze się 1 część na 9 części wody. Wdechania trwają 1-2 godziny w ciągu dnia. Choczyć w tej atmosferze czują się dobrze.

### Lycetolum.

Winian dymetylpiperazyny. Proszek zastępujący piperazynę w podagrze, kolce nerkowej. Przeciwwskazany w fosfaturyi.

1.0—1.5, 1—2 razy dziennie, w roztworze wodnym przez czas dłuższy. Lepiej działa ze szczawami, sodą, magnezją.

### Lygosinum

vel Natr. lygosinatum.

Kryształy ciemno-zielone, rozpuszczalne w wodzie na kolor rubinowo-czerwony, mało w wyskoku, do 14% w glicerynie.

W *Ulcus molle* 2—10%, dotykać wacikiem; mało bolesne. W *Endometritis gonorrhoeica* (leczenie w ostrym okresie zapalenia) 5% roztwór wodny do przepłukiwań pochwy.

Patrz też *Chin. lygosinatum*.

### Lyoformum.

Związek formaldehydu z mydłem potasowym.

Płyn przezroczysty, żółtawy, pienisty i śliski, bez zapachu; miesza się z wodą i wyskokiem.

Do odkażania rąk dobry jest 2-3% świeżo przyrządzony roztwór; na zimno tężeje, trzeba go przeto rozgrzać przed użyciem. Do odkażania pola operacyjnego oraz narzędzi 3% (tylko nie z twardego kauczuku). Do przepłukiwań pochwy i do oczyszczania cewników 1%. Zapobiega zmętnieniu wziernika krtaniowego: po zanurzeniu w  $\frac{1}{2}\%$  roztworze wziernik pozostaje czystym w gardzieli w ciągu kilku minut.

W handlu znany jest także Karbol-Lyoform.

### Lysolum.

Mieszanina alkalicznych związków wyższych fenolów z mydłami tłuszczowymi i żywicznymi, o składzie podobnym jak Liq. Cresoli saponatus.

Płyn brunatny, oleisty, zapachu krezotowego, rozpuszczalny w wodzie, wyskoku, chloroformie, benzynie, benzolu, glicerynie.

Specyfik przeciw *Pityriasis versicolor*: pędzlować 3 razy przez 3 dni czystym L. i obmyć  $\frac{1}{2}$ -1% roztworem. Do przepłukiwań pochwy 1—3%.

(C. d. n.)



## Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 grudnia 1904 r. do 14 stycznia 1905 r.

Pozostało z ubiegłego miesiąca 87 (41 m. 46), przybyło 119 (47 m. 72 k.), wypisało się 86 (33 m. 53 k.), zmarło 18 (7 m. 11 k.), pozostało na miesiąc następny 102 (48 m. 54 k.)

Róża. Zajmuje liczebnie najpierwsze miejsce. Z poprzedzającego miesiąca pozostało chorych 21 (10 m. 11 k.), przybyło 41 (16 m. 25 k.), zmarło 2 m., pozostało na następny miesiąc 31 (16 m. 15 k.), przebieg choroby przeważnie był ciężki z powodu głębokich ropnych powikłań, wymagających chirurgicznej pomocy i obszernych opatrunków. Tacy chorzy przybywali ze swoich mieszkań po pewnym czasie od wybuchu choroby, zaniedbani w prawidłowym leczeniu. Chorzy na różę przybywali z następujących ulic i domów: Nowolipie 51, Kacza 10, Górna 11, Chmielna 12, Nowowolska 8, Wiejska 2, Nalewki 3, Nowy Świat 8, Pawia 46, Wspólna 2, Grzybowska 21. 80, Żórawia 10. 41, Mostowa 9, Średnia 25, Nowolipki 48, Aleksandrya 23, Ogrodowa 55, Chmielna 50, Zielna 13. 13, Towarowa 10, Pawia 20, Hoża 10, Foksal 15, Tamka 44, Piękna 21, Nowolipie 51, Łazienki 4, Nowogrodzka 9, Wileza 22, Jerozolimska 35, 72-a, Ząbkowska 19, z okolic: wieś Górcze, Sielec i Wola.

Ospa. Przybyło 27, (14 m. 13 k.) z poprzedniego miesiąca pozostało 37 (20 m. 17 k.), z tych jeden przypadek krwotoczny; wszyscy ci nie byli szczepieni. Chorzy przybywali z następujących ulic i domów: Sierakowska 6, Łochowska 19. 20, Radzywińska 38, Szwedzka 17, Górczewska 1, Nowiniarska 1, 9, Stalowa 13, Targowa 40, Zakroczyńska 10, Marszałkowska 125, Ś-to Jańska 19, Łochowska 20, Pańska 60, Smocza 33, 33, Mokotowska 59, Białostocka 19, Chmielna 16, Brzeska 3, Wspólna 15, Szara 4, Grzybowska 72, oraz wsi Mokotowa, Marek, Sielec, Niwy Babickiej.

Szkarlatyna. Przybyło 17 (9 m. 8 k.), pozostało z poprzedniego miesiąca 13 (6 m. 2 k.)

pozostało na następny miesiąc 17 (10 m. 7 k.), wszystkie z przebiegiem ciężkim. Chorzy przybywali z następujących ulic i domów: Nowogrodzka 17. 17, Grochowska 16, Piękna 3, Prosta 8, Niska 54, Nowomiejska 18, Grzybowska 73. 68-a, Czerniakowska 62, Nowowiejska 2, Wileza 24, Erywańska 4, Dzika 19 i ze wsi Dziekanów.

Odra. Przybyło 9 (1 m. 8 k.) pozostało z poprzedniego miesiąca 9 (3 m. 6 k.), wypisano zdrowych 7 (2 m. 5 k.) Chorzy przybywali z ulic: Wielka 27, Senatorska 26, Orła 6, Wileza 2, 30, Nowowolska 12, Chłodna 28, Szopena 14, ze wsi Szopy.

Błonica. Przybyło 7 (2 m. 5 k.), pozostało z poprzedniego miesiąca 2 k., wypisano 3 k. Zmarło 2 k. Chorzy błonicowi przybywali z ulic: Nowolipki 76, Dworska 3, Wronia 32.32, Hr. Berga 3, Ogrodowa 25, Bracka 10.

Oprócz wyżej wymienionych przybyło chorych na grypę 3, tyfus brzyszny 5, krwawą biegunkę 1, zapalenie płuc 1, ostre zapalenia gardła 3, ostre kataralne zapalenia błon śluzowych dróg oddechowych i przewodu trawienia 7, rumień (Erythema) 1 przypadek; wszystkie z pomyślnem zejściem choroby. W miesiącu sprawozdawczym liczebnie pierwsze miejsce zajmuje róża, po tej ospa, która jakkolwiek straciła nagminny charakter, jednakże natężenie choroby przeważnie było ciężkie, z powikłaniami, powodowanemi zakażeniem mieszanem; następnie idzie szkarlatyna, błonica i tyfus brzyszny. W tym miesiącu wogóle leczyło się 206 chorych, którzy przebyli dni szpitalnych 3072. Śmiertelność miesięczna wynosi 7,76%.

Wydano odmownych biletów dla braku miejsca 5, z innych powodów 5. Zamiejscowych przyjęto 11 chorych.

## Wiadomości bieżące.

— I Zjazd balneologiczny polski, połączony z wystawą balneologiczną, urządzony przez polskie Towarzystwo balneologiczne, odbędzie się w Krakowie w dniach 6 i 7 maja r. b. Szczegółowy program zjazdu zostanie później ogłoszony. Wyjaśnień udziela prezes Towarzystwa prof. d-r Ludomił KORCZYŃSKI, Kraków, Kopernika 2. Wydział Towarzystwa prosi o wczesne nadsyłanie zgłoszeń odczytów i przedmiotów wystawy.

— Z powodu wyjazdu d-ra PODZIEMSKIEGO na Daleki Wschód jest wolne miejsce w Szczercowie — Łaskiego powiatu, gub. Piotrkowskiej, do zajęcia w każdym czasie — osada liczy 5,000 ludności — okolica ludna i przyzwyczajona do leczenia się u doktora. Bliższe wiadomości w redakcyi lub u miejscowego aptekarza.

— Wychodząca w Kijowie gazeta p. t. „Kijewskije otkliki“, przytacza z listu lekarza wojskowego d-ra N. D. następujący ustęp: Liczba lekarstw, których użycie jest dozwolone w szpitalach wojskowych w czasie wojny, bardzo jest ograniczona, gdyż wynosi wszystkiego 99. Brak jest najważniejszych, jak np. kropli opioowych, maści przeciw eczemie, nie ma przyrządów do robienia pigulek, nie ma kreozotu, nie ma maści przeciwko świerzbie, ani też jej składowych części, nie ma środków nasercowych i t. d. Tymczasem władza doszła do prze-

konania, że i tych środków jest za dużo, i postanowiła o kilka dziesiątków je zmniejszyć. W ciągu całego lata nie było oleju rycynowego, gdyż nie zdążono go przygotować. Istnieje według przepisów tak nazwana centralna polowa apteka, z której apteki szpitalne czerpią w miarę ubywających z nich środków. Otóż, w przeciągu całego ubiegłego lata wszystkie szpitale w Charbinie błagały aptekę centralną o dostarczenie im oleju rycynowego, ale oleju rycynowego nie było, a szpitale, które żądały po pudzie tego środka, otrzymywały go po funcie, a przecież latem, w biegunkach olej rycynowy stanowi dla szpitali chleb powszedni, że się tak wyrażymy. Ale zachodzi pytanie, dlaczego nie było tego środka? Oto dlaczego: polowa apteka wysłała do zarządu wojskowo-lekarskiego w Petersburgu telegram z zapotrzebowaniem dwóch tysięcy funtów oleju rycynowego; po upływie dość długiego czasu zarząd dał odpowiedź, zapytując: co wywołało tak znaczne zapotrzebowanie? Zdaje się, iż pytanie to brzmi dosyć dziwnie, pomimo tego należało napisać obszerny operat z motywami. Korespondencya kancelaryjna trwała 3 do 4 miesięcy, zanim otrzymano żądany środek i to nie w ilości 2000 funtów, lecz 100 (wyraźnie stu) funtów, a tymczasem lato zeszło. Słowem, brak masy najważniejszych przedmiotów; innych zaś jest 10 razy więcej, niż potrzeba.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— SIMMONDS zajął się pytaniem: wskutek jakich powikłań umierają chorzy na raka? Badania oparł na materiale hamburskiego instytutu patologicznego od r. 1890. Po wyłączeniu zmarłych skutkiem operacji raka, S. otrzymał 760 przypadków. 1) Z chorych na ra-

ka dróg oddechowych zmarło 22% z ogólnego charłactwa, 66% z zapalenia płuc. 2) Na raka jamy ust i przelyku zmarło 20% z charłactwa, 60% z zapalenia płuc. 3) Na raka żołądka zmarło z charłactwa 48%, z zapalenia płuc 25%, z zapalenia otrzewny 7%. Na raka kiszek

zmarło z charłactwa 20%, z zapalenia płuc 20%, z zapalenia otrzewny i skręcenia kiszek 20%, z zapalenia miedniczek i pęcherza 16%. 5) Na raka otrzewny, trzustki, wątroby zmarło z charłactwa 34%, z zapalenia płuc 17%, z zapalenia otrzewny 6%, z cholemm 38%. 6) Na raka nerek, pęcherza, gruczołu krokowego zmarło z charłactwa 22%, z zapalenia płuc 17%, z zapalenia miedniczek i pęcherza 57%. 7) Na raka narządów płciowych żeńskich 17% zmarło z charłactwa, 15% z zapalenia płuc, 10% z zapalenia otrzewny, 51% z zapalenia miedniczek i pęcherza. 8) Na raka sutki zmarło z charłactwa 67%, z zapalenia płuc 24%.

Uogólniając te cyfry, można powiedzieć:  $\frac{1}{3}$  chorych na raka umiera skutkiem charłactwa rakowego,  $\frac{2}{3}$  skutkiem powikłań wtórnych.

(Z. f. Krebsforschung. T. 1.)

= GOLDMAN stosował antrasol w różnych cierpieniach skóry zawodowych w stosunku 10% z waseliną i lanoliną. W dermatozach ropnych swędzenie zaraz ustało, a pęcherzyki zropiałe zasychały. Wrzodzianki (*furunculi*) G. leczył antrasolem *in substantia*, weierając go pędzelkiem na miejscu chorem. Mydło antrasolowe (5—10%) było skuteczne w kilku przypad-

kach pryszczycy ogólnej u dzieci oraz w jednym — świerzbu.

(Deutsch. Aertz. Zg. 11—04).

= SILBERSTEIN leczył antrasolem przypadki przyszczycy przewlekłej, wrzodów gołeni, *acne rosacea* i otrzymał wyniki dobre (5—10% maść). Również w pasorzytnych chorobach skóry (świerzb, wyprysk łysiejący, *pityriasis*) stosował roztwór wyskokowy lub mydło. Wszy ginęły po zwykłym myciu mydłem antrasolowosiarczanem. W swędzeniu sromu antrasol daje się także z korzyścią zastosować.

(Allg. med. Central. Zg. 27—04).

= RIVIÈRE i THÉVENOT opisują przypadek promienicy ucha. Chory 36 letni dostał nagle ból w uchu; po 2 tygodniach wypływ ropny. W kilka dni później utworzył się twarde guz nad wyrostkiem sutkowym i bocznią okolicą szyi. W ropie znaleziono grzybki promienicy. Błona bębenkowa była normalna; stan ogólny dobry. Po otwarciu ropni chory wyzdrowiał zupełnie. Wyrostek okazał się podczas operacyi niezmiennym.

(Z. f. Ohrenh. T. 47.)

P.

## Od Administracyi.

**Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1905 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie o „Triferrolu“.



## EUCHININ

Pozbawiona gorzkiego smaku chinina działa tak samo, jak chinina przy Febrze Influenzy, Tyfusie, Kokluszku i Newralgiach.

## VALIDOL

Silnie działający i nie drażniący środek wzmacniający, przeciw histeryi, neurastenii i jako środek pobudzający apetyt, prócz tego, jest dobrym środkiem w chorobie morskiej.

## PERLY-VALIDOLOWE

Każda perełka zawiera 2 decigram. czystego Validolu. Polecieć je można ze względu na pewność dawkowania. Rozpuszczają się w żołądku natychmiastowo

Próby i literaturę wysyła się P. p. lekarzom bezpłatnie.

## D-r B. Landau

były ordynator sanatorium Leysin, lekarz polak ordynuje jak lat poprzednich

w **San-Remo**

Via Vittorio Emanuele, 22 Casa Rubino.

## NAŁĘCZÓW

Zakład leczniczy cały rok otwarty. W sezonie zimowym ceny niższe (od rb. 3 kop. 50 dziennie całkowite utrzymanie wraz z leczeniem). Prospekty na żądanie gratis i franco.

WIELKI WYBÓR

## Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków  
we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

## J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są  
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

Pracownia analityczno-lekarska

## D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

## WILLA MIGNON—MERAN.

Mam zaszczyt powiadomić, iż pensjonat ś. p. pani Dobrowolskiej, który się w mojej willi znajdował prowadzić będę po śmierci mojej dzierżawczyni dalej. Staraniem moim będzie gości polskiej narodowości pod każdym względem zadowolić. W pensjonacie moim praktykować mogą wszyscy lekarze mierańscy. Kuchnia polsko-francuska. Ceny umiarkowane.

EMANUEL KWETON.

Opatrunki chirurgiczne, ginekologiczne i gumowe. 2) Tampony ginekolog. na nitkach styc. (do i dentyplomb)

1) Wata st. po 10; 25; 50; 100; 200; 400 5  
2) Gaza b. po 1; 0,5 i 0,25 m 3) Lig. №3 54.

### Materyały opatrunkowe Sterylizowane Z PRACOWNI D-ra Borzymowskiego

Są na składzie:

w Warszawie: 1) ŻŁOTA 36. Pracownia Sterylizacyjna.  
2) SENATORSKA 24. Tel. 610. Towarz. Akc. Handlu Tow. Apt. d. Ludwik Spiess i Syn.  
w Łodzi: 1) Spiess (Piotrkowska Nr. 11).  
2) Apt. GŁUCHOWSKIEGO (Dzielną 4).  
w Lublinie: Skład Aptecz. W-go Magierskiego.  
w Siedlcach: Apteka W-go Prókopowicza.  
w Kaliszu: Apteka W-go Rybińskiego  
w Suwałkach " W-go Zawadzkiego.  
w Piotrkowie " W-go Rudnickiego.  
w Radomiu " W-go Ungra.  
w Częstochowie Apteka W-go Długosza.

Opatrunki zaopatrzone są w przyrząd kontrolujący sterylizację.

9) Fizjolog. rozł. soli. 10) Przyrządy do podaw. ligatur i autom. zamyk. do iryrgat.

4) Gaza jedoformowa po 1; 0,5 i 0,25 m. 6) Keigt odowy  
5) Bandaże po 5; 8; 12 ctm. szer. 6 m. dl.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicz, Natanson, Ryłki, Thieme go, Tyrchowski i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.