

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 6.

Warszawa d. 29 Stycznia (II 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 drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.
 Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł 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 dniu. Podał St. Mutermilch. (Dokończenie). — Przypadek ostrego gośćca wielostawowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc oraz kilka uwag o jego pochodzeniu. Podał F. Arnstein. — Streszczenia i wyciągi. 14. Chronicznie powtarzający się skurez odźwiernika jako wskazanie do operacji. 15. Występowanie laseczników tyfusowych i paratyfusowych w cierpieniach dróg żółciowych. 16. Flagellata (wiciowce) w żołądku. 17. Czy podniesiona molekularna koncentracja krwi upoważnia nas do wniosku o cierpieniu obu nerek? — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 20 grudnia 1904 r. — Sprawozdanie z posiedzenia dermatologicznego z dnia 4. XI. '904 r. — Nowe leki (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w styczniu 1904 r. — 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 F. ARNSTEIN — Un cas du polyarthrite rhumatique aiguë au cours d'une pneumonie croupieuse avec considerations sur son origine.

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 F. ARNSTEIN — Ein Fall von Polyarthritits rheumatica acuta im Verlaufe einer croupösen Pneumonie nebst Bemerkungen über seine Herkunft.

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 dniu.

Podał

STANISŁAW MUTERMILCH.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Tow.

Lek. w d. 29. XI. 1904.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

Słów kilka powiemy nareszcie o wydzieleniu ciał alloksurowych pochodzenia endogenicznego w przewlekłym zapaleniu nerek.

KAUFMAN i MOHR znaleźli, iż w przebiegu tego cierpienia dobową ilość zarówno kwasu moczowego, jak i zasad ksantynowych waha się w granicach normalnych, oraz iż ilość azotu zasad, wbrew twierdzeniu KOLISCH'a, nie jest zwiększona kosztem azotu kwasu moczowego. Autorowie ci zauważyli tylko wyraźne dzienne wahania w ilości wydalanych ciał alloksurowych endogenicznych, dotyczące głównie bądź kwasu moczowego, bądź zasad ksantynowych. Tak np. w jednym przypadku znaleźli oni następujące ilości kwasu moczowego, wydalane przy dyecie,

wolnej od ciał purynowych, w ciągu 5 następujących po sobie dni: 0,330 grm.; 0,588 grm., 0,471 grm., 0,414 grm., 0,378 grm.

Oto jest mniej więcej całkowity dorobek naukowy, dotyczący sprawy tworzenia się i wydzielania kwasu moczowego. Widzimy, iż, aczkolwiek prace, zwłaszcza ostatnich lat, przyniosły dużo cennego materiału faktycznego, to jednakże wiele pytań nie zostało dotychczas rozstrzygniętych. Zwłaszcza stosunek kwasu moczowego do istoty dny, pomimo olbrzymiego nakładu pracy naukowej, nie został należycie wyjaśniony. Nie posiadamy także żadnych danych faktycznych, dotyczących się kwestyi, czy i jaką rolę odgrywa syntetyczne tworzenie się kwasu moczowego w sprawach chorobowych.

Wszystko, cośmy powyżej omówili w sprawie tworzenia się i wydzielania kwasu moczowego, możemy streścić w zdaniach następujących.

Kwas moczowy i zasady ksantynowe należą do wspólnej grupy t. zw. ciał purynowych.

Nie wiemy dotychczas, w jakiej postaci krąży kwas moczowy we krwi i sokach tkankowych ludzi zdrowych; być może, iż w połączeniu z kwasem nukleinowym.

Ciała alloksurowe moczu, t. j. kwas moczowy i zasady ksantynowe, są dwojakiego pochodzenia: część ich (endogeniczna) powstaje z rozkładu nuklein jąder komórkowych samego ustroju, część zaś (egzogeniczna) z rozpadu ciał purynowych, wprowadzanych z pokarmami zarówno nuklein, jak i niektórych wolnych zasad ksantynowych.

Ilość kwasu moczowego pochodzenia endogenicznego można określić przy dyecie, nie zawierającej związków purynowych i składającej się z mleka, jaj, sera, białego chleba, kartofli, ryżu i zielonych jarzyn.

Ilość kwasu moczowego endogenicznego, t. j. wydalanego przy dyecie, wolnej od ciał purynowych, jest dla każdego osobnika wielkością

stałą, indywidualną i wynosi normalnie od 0,25 grm. do 0,55 grm. na dobę.

Ilość azotu ciał alloksurowych endogenicznych wynosi normalnie 0,12—0,21 grm. na dobę. Stosunek azotu zasad ksantynowych do azotu kwasu moczowego wynosi od 1 : 4 do 1 : 9,5.

O wzmożonem *resp.* zmniejszonem wydzielaniu kwasu moczowego mówić możemy dopiero wówczas, jeżeli przy dyecie, wolnej od ciał purynowych, ilość jego wyraźnie przekroczy podane wyżej granice (t. j. 0,25—0,55 grm.).

Jeżeli w moczu danego osobnika przy zwykłej dyecie znajdziemy dużą ilość kwasu moczowego, wówczas należy przedewszystkiem uwzględnić rodzaj spożytych pokarmów, *resp.* powtórzyć badanie przy dyecie, nie zawierającej związków purynowych.

Do pokarmów, wzmagających wydzielanie kwasu moczowego, należą mięso, bulion, grasicca, wątroba, mózg, nerki i inne narządy wewnętrzne, kawior i t. d. Kawa i herbata nie wpływają na wzmożenie wydalanego kwasu moczowego. Czy ilość kwasu moczowego pochodzenia egzogenicznego zależy wyłącznie od rodzaju spożywanych pokarmów, nie zostało dotychczas należycie wyjaśnione.

Ustrój ludzki normalny zdolny jest do utlenienia i zamiany na mocznik połowy krążącego we krwi kwasu moczowego.

Kwas moczowy ulega utlenieniu w wątrobie, nerkach i mięśniach.

Kwas moczowy tworzy się w wątrobie, grasicy, śledzionie i innych narządach nukleinowych.

Część wydalanego normalnie kwasu moczowego tworzy się, być może, na drodze syntetycznej (w wątrobie), przyczem punktem wyjścia dla niego są prawdopodobnie kwas mleczny i mocznik.

W artrytyzmie ilość dobowa wydalanego kwasu moczowego zarówno przy dyecie mieszanej, jak i wolnej od ciał purynowych (kwas mo-

czowy endogeniczny), jest taka sama, jak u ludzi zdrowych. Zachodzą tu jedynie wyraźne dzienne wahania ilości kwasu moczowego pochodzenia endogenicznego oraz odmienna krzywa wydzielania w ciągu doby. Przed ostrym napadem dny kwas moczowy ulega w moczu zmniejszeniu, podczas zaś i po napadzie wyraźnemu wzmożeniu.

Nie wiemy, jak się zachowuje w stosunku do napadów dny kwas moczowy endogeniczny t. j. wydalany przy dyecie wolnej od ciał purynowych. Nie zostało również dokładnie wyjaśnionem, czy ciała purynowe, wprowadzane z pokarmami, powodują u artrytyków takie same wzmożenie wydalanego kwasu moczowego, jak u ludzi zdrowych.

Krew artrytyków wykazuje wzmożoną zawartość kwasu moczowego, przyczem ilość tego ostatniego nie znajduje się w ścisłym związku z ostrymi napadami.

Wzmożoną zawartość kwasu moczowego we krwi spostrzegamy również w innych sprawach chorobowych.

Stosunek kwasu moczowego do istoty dny nie został dotychczas wyjaśniony.

W kamicy nerkowej moczowej zawartość kwasu moczowego we krwi i w moczu jest prawidłowa.

Wzmożone wydzielanie kwasu moczowego spostrzegamy w białaczce (nie stale), w zapaleniu płuc włóknikowem, wogóle w sprawach gorączkowych, w cięższych postaciach moczówki cukrowej i in.

W przewlekłym zapaleniu nerek kwas moczowy endogeniczny wydziela się w ilości normalnej, wykazując przytem wyraźne dzienne wahania.

Czy i jaką rolę odgrywa syntetyczne tworzenie się kwasu moczowego w sprawach patologicznych, nie zostało dotychczas zbadanem.

LITERATURA.

- 1) Emil Fischer. Synthesen in der Purin-gruppe. Ber. d. deut. chem. Ges. 1899. T. 32.
- 2) Paul u. His. Physik. chem. Unters. über das Verhalten d. Harnsäure etc. Zeit. f. phys. Chemie. 1900. T. 31.
- 3) Minkowski. Die Gicht. 1903.
- 4) Hess u. Schmoll. Ueber d. Bezieh. d. Eiweiss u. Paranucleinsubst. d. Nahr. z. Allo-xurkörperausscheid. i. Harn. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1896.
- 5) Horbaczewski. Beitr. z. Kenntniss d. Bildung d. Harnsäure etc. Monatshefte f. Chemie. 1891.
- 6) Weintraud. Ueber d. Einfluss d. Nukleins. d. Nahrung auf d. Harnsäurebild. Berl. klin. Woch. 1895.
- 7) Strauss. Ueber die Beeinfl. d. Harnsäure u. Alloxurbas. Ausscheid. durch d. Extractivstoffe d. Fleisches. Berl. klin. Woch. 1896.
- 8) Rzętkowski. O wpływie wyciągu mięsnego i ksantyny na wydzielanie kwasu moczowego. Gaz. Lek. 1900.
- 9) Schreiber u. Waldvogel. Beitrag z. Kenntniss d. Harnsäureausscheid. etc. Arch. f. exper. Pat. u. Pharm. 1899.
- 10) Burian u. Schur. Ueber die Stellung d. Purinkörper i. menschlichen Stoffwechsel. Pflüg. Archiv. 1900 i 1901.
- 11) Loewi. Archiv f. exper. Pat. u. Pharm. T. 44 i 45.
- 12) Sivén. Zur Kenntniss d. Harnsäurebild. i. menschl. Organismus unter physiol. Verh. Skandin. Archiv. f. Physiol. 1900. T. XI.
- 13) Kaufman u. Mohr. Beitr. z. Alloksurkörperfrage u. zur Pathol. d. Gicht. Deut. Archiv f. klin. Med. 1902.

14) Pfeil. Ueber d. Einfluss d. Nahrungsaufn. auf die Aussch. d. Harnsäure. Zeit. f. Physiol. Chemie. 1903. T. 40.

15) Wiener. Ueber Zersetzung u. Bildung von Harnsäure i. Thierkörper. Archiv r. exper. Path. u. Pharm. 1899.

16) Wiener. Die Harnsäure. Ergebnisse d. Physiologie. 1902.

17) Wiener. Ueber syntet. Bildung d. Harnsäure i. Thierkörper. Beitr. z. chem. Phys. u. Pathol. 1902.

18) Pruszyński. O powstawaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego oraz o warunkach wytwarzania złągów moczanowych. Gaz. Lek. 1900.

19) Dunin. Czy obecny stan nauki pozwala nam na przyjmowanie t. zw. dyatezy artrycznej i moczanowej. Gaz. Lek. 1900.

20) Magnus Levy. Ueber Gicht. Zeit. f. klin. Med. 1898. T. 36.

21) His. Die Ausscheid. d. Harnsäure i. Urin d. Gichtkranken etc. Deut. Archiv f. Klin. Med. 1900. T. 65.

22) Schmoll. Stoffwechselfersuch an einem Gichtkranken. Zeit. f. klin. Med. 1896. T. 29.

23) Vogt. Ein Stoffwechselfersuch bei der Gicht. Deut. Arch. f. klin. Med. 1901. T. 71.

24) Soetber. Ueber d. Einfluss d. Nahrungsaufnahme auf die Ausscheid. d. Harnsäure bei Arthritis urica. Zeit. f. phys. Chemie. 1903. T. 40.

25) Dunin i Nowaczek. O wydzielaniu kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc. Gaz. Lek. 1896.

26) Drabczyk. O sposobach ilościowego określania kwasu moczowego i t. d. Gaz. Lek. 1896.

Dokładny spis prac o kwasie moczowym znajdzie czytelnik u Minkowskiego (liter. N. 3) i Wiener'a (liter. N. 16).

Przypadek ostrego gościca wielostawowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc oraz kilka uwag o jego pochodzeniu.

Podał

F. ARNSTEIN (Kutno).

Zapalenia błon surowiczych w przebiegu lub po przejściu włóknikowego zapalenia płuc nie należą do wielkich rzadkości; tyczy się to szczególnie zapalenia opłucny, osierdzia, wsierdzia i opon mózgowych. Znane one są od dawna, lecz dopiero w ostatnich czasach, dzięki badaniom bakteryologicznym, zostały pod względem ich pochodzenia lepiej poznane. Do mniej częstych należą zapalenia innych błon surowiczych, a między nimi zapalenia stawów. Z tego powodu, sądzę, nie będzie pozbawione interesu podanie do wiadomości przypadku włóknikowego zapalenia płuc, w którego przebiegu rozwinęło się zapalenie stawów, a to tembardziej, że sprawą zapalną zajęte były liczne stawy, że mieliśmy klinicznie znany obraz ostrego gościca wielostawowego, co nie należy do częstych zjawisk.

M. P. mężczyzna 24-letni, dotąd zawsze zdrowy, wróciwszy w dniu 18 listopada w południe z zajęcia do domu, dostał silnych dreszczów, łamania w członkach, bólu głowy, co go zmusiło do położenia się do łóżka; w kilka godzin później pojawił się nieznaczny ból w prawym boku; wieczorem tego dnia ciepłota ciała 39,7°.

Wezwany na drugi dzień w południe, znalazłem ciepłotę ciała podniesioną do 39,6° i wyraźne objawy rozpoczynającego się włóknikowego zapalenia płuca prawego w dolnej jego części (trzeszczenia). W ciągu kilku następnych dni objawy zapalenia coraz wyraźniejsze, ciepłota ciała wahała się między 39° a 39,5°, zresztą przebieg choroby prawidłowy nie godnego uwagi nie przedstawiał. Siódmego dnia choroby, t. j. 24. XI, po obfitych potach, nastąpił spadek ciepłoty ciała do normy. Lecz już następnego

dnia po krótkotrwałych dreszczykach ciepłota znowu się podniosła wyżej 38°, chory skarży się na ból głowy, ogólne rozłamanie; w ciągu nocy, którą chory najspokojniej przepędził, pojawiły się bóle w prawym kolanie i stawie skokowym prawym, a na drugi dzień rano w lewym kolanie. Badanie w dniu 26. XI. w południe wykazuje: ciepłota ciała 39,3°, okolica stawu kolanowego i skokowego prawego silnie obrzmiała i bolesna; mniej obrzmiała jest lewe kolano; ból nieznaczny w obu stawach barkowych; w płucu nie godnego uwagi. Przepisano *sol. natrii salicylicae* 6 na 200,0.

Następnego dnia 27. XI. ciepłota ciała 39,2°, ból i obrzmienie okolic stawowych jeszcze większe — pojawił się ból i obrzmienie drobnych stawów palcowych obu rąk. Wieczorem tego dnia przy ciągłym braniu salicylanu sodu ciepłota ciała 38,5°, bóle w stawach znacznie mniejsze.

28. XI. rano ciepłota ciała 38,1°, chory czuje się znacznie lepiej, ból w stawach znacznie mniejszy, ruchy swobodniejsze. Przepisano aspirynę w dawkach 0,6 trzy razy dziennie proszek; wieczorem ciepłota ciała 37,6°.

29. XI. ciepłota ciała 37,6°, ból w stawach stopniowo się zmniejsza, obrzmienie znika.

W ciągu kilku następnych dni ciepłota ciała waha się między 37,4° a 37,6°, a od 4. XII chory więcej nie gorączkuje, jest wolny od bólów, a 6. XII. opuszcza łóżko.

U chorego naszego zatem w ósmym dniu włóknikowego zapalenia płuc, kiedy sprawa zapalna w płucu już zaczęła ustępować rozwinął się obraz kliniczny ostrego gościa wielostawowego. Rodzi się pytanie, czy mieliśmy tu do czynienia z ostrym gościcem stawowym *stricte, sic dicto*, t. j. wywołanym przez swoisty dla tego cierpienia zarazek, czy też sprawa zapalna w stawach została wywołana przez zarazek zapalenia płuc — dwoinkę — czyli, czy mieliśmy tu do czynienia z ogólnym zakażeniem dwoinkowym, którego przejawem było zapalenie stawów.

Na pytanie to w braku badań bakteriologicznych zupełnie pewnej odpowiedzi dać niepodobna.

Wszelako następujące dane kliniczne pozwalają z wielkim prawdopodobieństwem wyłączyć ogólne zakażenie pneumokokowe.

1) W większości spostrzeganych przypadków pneumokokowego zapalenia stawów zajęte były najczęściej jeden lub dwa stawy, jak to miało miejsce w przypadku, nie dawno ogłoszonym przez CIECHOMSKIEGO¹⁾, w przypadkach MEYER'a²⁾, w przypadkach DIEULAFOY³⁾ i t. p. Przypadki pneumokokowego zapalenia stawów, w którychby zajęte były liczne stawy, szczególnie tak liczne, jak w naszym przypadku, są chyba bardzo rzadkie.

2) Zapalenie pneumokowe stawów, jak to widać z dotychczasowych przypadków, jest prawie zawsze ropne.

3) Przebieg pneumokokowego zapalenia stawów jest zwykle ciężki i długotrwały; tyczy się to szczególnie przypadków, w których zajętych jest kilka stawów.

4) Nakoniec skuteczny wpływ przetworów salicylowych w naszym przypadku więcej przemawia za swoistem gościcem, aniżeli za pneumokokowym zajęciem stawów.

Wobec wszystkich powyższych danych skłonny jestem do twierdzenia, że zapalenie płuc nie było w moim przypadku bezpośrednią przyczyną zapalenia stawów, a tylko przez zmniejszenie odporności ustroju stworzyło w nim dogodny grunt dla rozwoju wtórnego zakażenia gościcem, że więc nie zawsze zajęcie stawów w przebiegu zapalenia płuc jest powikłaniem tak ciężkim, jak to powszechnie przyjmują.

1) Ropne zapalenie stawu skokowego ostre pochodzenia pneumokokowego. *Gazeta Lekarska*. N. 5. 1904.

2) Ueber die pyogene Wirkung des Pneumococcus (podane w pracy Ciechomskiego).

3) *Patologia wewnętrzna*. Tom I.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

14. Hans SCHIROKAUER (Berlin). **Chronicznie powtarzający się skurecz odźwiernika jako wskazanie do operacji.**

Skurecz odźwiernika rzadko występuje w takiej postaci, jak opisana przez SCHIROKAUER'a, t. j. dającej *indicationem vitalem* do operacji. Oprócz tego spodziewa się S. przy tej sposobności dać wskazówki do skutecznego leczenia tego cierpienia. Chroniczny, a właściwie chronicznie powracający skurecz odźwiernika różni się od skureczu przy owrzodzeniach i napadach historycznych. W jednym przypadku choroba ta trwała 8 lat. Napady skureczu odźwiernika z towarzyszącymi mu zjawiskami trwają dnie i tygodnie, po których następują znowu dnie i tygodnie zupełnie wolne od napadów. Te zjawiska towarzyszące występują tak stale, że ten, co mówi o skureczu odźwiernika, musi wspomnieć i o gastrosuccorhoë i myasthenia żołądka. Pytanie zachodzi, w jakim stosunku przyczynowym mają się do siebie te obrazy chorobowe, czy jedno jest przyczyną drugiego, czy też wszystkie są objawami jednego cierpienia.

Od czasu jak REICHMAN przed 20 laty opisał obraz kliniczny gastrosuccorhoë, ogłoszono kilka przypadków tej choroby, ale panuje przytem wielka niezgodność poglądów. Jedni, jak RIEGEL, EWALD, BOUVERET, JAWORSKI, STRAUSS sokotok żołądkowy (gastrosuccorhoë) uważają za cierpienie pierwotne, wywołujące wskutek ciągłego drażnienia błony śluzowej pewien skurecz odźwiernika, a przez powstały wskutek tego zastój występuje rozluźnienie muskulatury żołądka. Inni znów, jak MINKOWSKI, SCHREIBER, ENGELHARDT, BOAS i ALBU są diametralnie przeciwnego zdania, że mianowicie brak sprawności ruchowej żołądka jest przyczyną, a nie następstwem ciągłego sokotoku żołądkowego.

Podług ALBU wskutek osłabienia mięśni żołądka pokarmy zatrzymują się dłużej w żołądku i wywierają na błonę śluzową tegoż podrażnienie sekretoryczne, trwające dłużej, niż w stanie normalnym. S. nie zupełnie zgadza się z tymi ostatnimi poglądami. Podług niego, mianowicie, zaburzenie w sprawności ruchowej może być tylko jedną z przyczyn (causa peccans), ale tu występują i inne etiologiczne momenty, co wypływa chociażby z tego, że nie we wszystkich zaburzeniach ruchowych żołądka występuje gastrosuccorhoë.

Przytoczone są 3 przypadki, w których znajdowano mniej więcej te same objawy: napady bólów z obfitą wymiociną, składającą się czasami z kwaśnego, mętnego soku. Po upływie napadu następowały interwale zupełnego zdrowia. Zawartość żołądka była różna w zależności od tego, czy wydobywano ją w trakcie trawienia, czy naczczo. W trakcie trawienia składała się z 2—3 litrów płynu brunatnego, mocno kwaśnego, dzielącego się przy staniu na 3 warstwy: na dnie naczynia mniej strawione resztki mięsa i resztki amylaceae, ponad tem mętny, zawierający leukocyty i nabłonki płyn — czysty sok żołądkowy — na wierzchu zbierała się warstwa piany. Zawartość czczego żołądka składała się z czystego soku żołądkowego bez domieszki pokarmów i wahała się od 30—250 ctm. sz. Mocne bóle zaczynały się po przyjęciu pokarmów i kończyły z opróżnieniem żołądka. Nie było tu zatem myastenii i wypływającej z niej niesprawności ruchowej, były przerwy bez żadnych chorobliwych objawów.

Myastenia może się w danych przypadkach rozwinąć następczo, jako skutek wysiłków daremnych. Pozostaje zatem druga możliwość, t. j. zamknięcie wyjścia z żołądka. Tu trzeba rozróżnić stałe i czasowe zamknięcie. Wyłą-

czyć tu wypada zwięzienia odźwiernika wskutek blizn *post ulcus* i *carinoma*, zważywszy prawidłową zmianę zamknięcia i otwarcia, jaką tu spotykamy. Pozostaje zatem spazm pylori czy to wskutek mechanicznego podrażnienia (ulcus, nadmiar kwasu), czy też na drodze nerwowej. Odruchowy skurcz odźwiernika, spowodowany przez *ulcus pepticum*, trzeba wyłączyć, ponieważ brakowało krwi nawet przy tak częstych sondowaniach. Mamy zatem chronicznie powracający skurcz odźwiernika, połączony z hipersekrecją, wywołaną podrażnieniem, czy to z nadmiarem kwasu, czy nerwową, czy też jako skutek obu tych przyczyn. Ponieważ tu mieliśmy do czynienia z nerwowo osłabionymi osobami, skłonni jesteśmy uważać ten kompleks symptomów jako złożoną nerwicę (neurozę). S. stosował gastroenterostomiam. Z 3 chorych jeden zmarł po operacji, co stanowi 33% śmiertelności, a czy pozostali dwaj dłużej żyć będą, na to nie daje odpowiedzi.

(Berliner klinische Wochenschrift. 39. 1904).

D-r Pyrż.

15. F. BLUMENTHAL. Występowanie laseczników tyfusowych i paratyfusowych w cierpieniach dróg żółciowych.

Różni autorowie stwierdzili obecność laseczników tyfusu w cierpieniach pęcherza żółciowego. We wszystkich dotąd ogłoszonych przypadkach miało się do czynienia z cierpieniami następczemi, które wystąpiły po przebytych tyfusie, po upływie dłuższego lub krótszego czasu. Autor przytacza 2 przypadki, które od poprzednich różnią się tem, że cierpienia dróg żółciowych (*cholecystitis*, *cholelithiasis*) wystąpiły u osób, które przedtem nigdy nie chorowały na tyfus brzuszny. Dokładne badania bakteriologiczne ropy z pęcherzyka żółciowego oraz kamieni żółciowych wykazały, że w jednym przypadku miało się do czynienia z lasecznikiem tyfusowym, w drugim — z lasecznikiem paratyfusowym typu B.

W obu przypadkach autora istniało w ustroju ognisko, zawierające laseczniki tyfusowe, względnie paratyfusowe, i komunikujące z przewodem pokarmowym. Należało zatem liczyć się z możliwością, że wzmiankowane bakterie przedostawały się do świata zewnętrznego i wywoływały zakażenia u osób otaczających. Podjęte w pierwszym przypadku poszukiwania

rzeczywiście wykazały, że kilka osób z otoczenia chorej (mąż, brat, dziecko) chorowało na tyfus, i że w sąsiedztwie mieszkania chorej znajdował się dom, w którym zdarzały się od czasu do czasu przypadki tyfusu brzuszego. Ważne jest przeto z punktu widzenia profilaktyki tyfusu brzuszego możliwie wcześniej rozpoznać takie przypadki, ażeby zapobiedz rozsiewaniu zarodków zakażenia. Pod tym względem próba GRUBER-WIDAL'a okaże się, być może, pomocną. Surowica krwi obu pacjentów autora posiadała silnie wyrażoną zdolność aglutynacyjną względem wyhodowanych z ich pęcherzyków żółciowych bakterii. Fakt ten ma doniosłe znaczenie w zestawieniu ze spostrzeżeniami wielu autorów, którzy stwierdzili ostatnimi czasy wybitną zdolność aglutynacyjną względem laseczników tyfusowych surowicy krwi chorych, dotkniętych cierpieniem dróg żółciowych. Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że w wielu z tych przypadków istniało zakażenie dróg żółciowych lasecznikami tyfusowymi lub pokrewnymi z tyfusowymi, chociażby wywiady w odnośnym przypadku przeczyły poprzedniemu istnieniu tyfusu. Podobnie zapatrywanie na znaczenie aglutynacji w cierpieniach przewodów żółciowych wyraża także E. LEVY. W najnowszych czasach do tego wniosku doszli również GILBERT i LIPPMANN, którzy nie dostarczyli jednak dowodu słuszności swego zapatrywania przez wyhodowanie laseczników z zawartości pęcherzyka żółciowego. Do wyświetlenia i ugruntowania tego poglądu w wysokim stopniu przyczyniają się przypadki, przez autora spostrzegane. W każdym razie spostrzeżenia te dowodzą, że zarówno pod względem klinicznym, jak i higieniczno-profilaktycznym winniśmy liczyć się z występowaniem laseczników tyfusowych i tak bardzo blisko z tymiż spokrewnionych laseczników paratyfusowych w kamicy żółciowej oraz innych cierpieniach dróg żółciowych nawet w tych przypadkach, w których wywiady nie dostarczają żadnego punktu oparcia do przyjęcia przebytego poprzednio tyfusu brzuszego.

(München. med. Woch. N. 37. 1904.)

S. P.

16. Erich ZABEL. Flagellata (wiciowce) w żołądku.

Autor na zasadzie klinicznych i pośmiertnych badań kilku przypadków nowotworów w

żołądka ogłasza kilka uwag, które nie pozbawione są większego znaczenia. Za życia u chorych znajdowano w zawartości żołądka różne pierwotniaki (ameby, monady i trychomonady, megastomy), w jednym przypadku na dwa lata przed zjawieniem się objawów właściwych rakowi. Obecność w żołądku małych tych pasorczytów ma pewne znaczenie dyagnostyczne, skoro się zważy, że warunkami bytu tych pierwotniaków musi być w żołądku: 1) alkaliczny odczyn środowiska, 2) obecność ukrytych zakątków. Stałe znajdowanie wiciowców (flagellata) w achylji świadczy o tworzeniu się wydrzeń i zagłębień w ścianach żołądka.

COHNHEIM pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie rozpoznawcze obecności pierwotniaków (*protozoa*) w żołądku. Wnioski, do których doszedł, są następujące: 1) Wymoczki (infusoria) w przelyku lub żołądku przemawiają z wielkim prawdopodobieństwem za istnieniem wrzodzącego raka przelyku resp. żołądka. 2) Wymoczki mogą być uważane za pierwszą prawie pewną oznakę raka żołądka.

Obecność wiciowców pozwala zrobić rozpoznanie we wczesnem stadyum choroby, kiedy zabieg operacyjny ma jeszcze widoki powodzenia. (Wien. klin. Wochensch. 38. 1904.).

D-r Pyrż.

17. A. LOEB i C. ADRIAN. Czy podniesiona molekularna koncentracja krwi upoważnia nas do wniosku o cierpieniu obu nerek?

Od czasu wprowadzenia kryoskopii do medycyny praktycznej przez V. KORANYI'ego przyzwyczajono się w cierpieniach układu uropoetycznego z jednej strony uważać podniesioną molekularną koncentrację krwi jako pewną oznakę obustronnego zajęcia nerek, z drugiej zaś strony, przy normalnym punkcie zamarzania krwi — przypuszczać cierpienie dróg moczowych lub najwyżej jednostronne cierpienie nerki i już naprzód wyłączać obustronne zaburzenie funkcji. Z tych dwu prawideł już z samego początku znajdowano wyjątki, mianowicie, co do drugiej reguły znajdowano, że pomimo obustronnego cierpienia nerek była prawidłowa molekularna koncentracja krwi. Wyżej wymienieni autorowie znaleźli, że przy podniesionej molekularnej koncentracji krwi chora była tylko jedna nerka. Wyprowadzają przeto taki wniosek: że i jednostronne cierpienie nerki może iść w parze z podniesioną molekularną koncentracją krwi, i że nie można bez innych dowodów z cierpienia jednej nerki i podniesionej molekularnej koncentracji krwi wnioskować o cierpieniu drugiej nerki. (Berl. klin. Woch. 39. 1904.).

D-r Pyrż.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 Grudnia r. z.

TREŚĆ: 1) TOŁWIŃSKI Gabryel. Promienie N i ich działanie fizyologiczne.

1) Gabryel TOŁWIŃSKI odczytał referat p. t. „Promienie N i ich własności fizyologiczne“. Celem prelegenta było zaznajomienie słuchaczy z ważniejszymi doświadczeniami nad najnowszą dziedziną widma, dokonanymi przez BLONDLOT'a i innych uczonych francuskich. Charakterystyczną jest rzeczą, że uczeni niemieccy, odznaczający się niezmierną drobiazgowością przy badaniach ścisłych, nie zdołali o-

trzymać nawet najprostszych zjawisk, opisywanych przez BLONDLOT'a. Z tego względu istnienie promieni N uznawać należy za wielce problematyczne.

Promienie N wysyłają wszelkie źródła światła, przeważnie słońce. Ponieważ promienie te nie działają weale na kliszę fotograficzną, wykrycie ich jest połączone z wieloma trudnościami i opiera się przeważnie na stopniu wrażliwości siatkówki oka. Odczynnikami są: słabo, lecz jednostajnie świecąca iskra elektryczna i ekran, pokryty siarczkiem wapnia. Ekran nie

świeci pod wpływem promieni N, które posiadają tylko własność wzmocnienia siły blasku ekranu, poprzednio już nasświetlonego promieniami słonecznymi lub światłem łukowym. Promienie N wysyłają również ciała nieświecące, lecz znajdujące się w stanie równowagi wymuszonej (stal zahartowana, łyzy batawskie, ciała pod znacznym ciśnieniem i t. p.). Według badań CHARPENTIER'a nerwy i mięśnie, znajdujące się w stanie czynnym, wysyłają promienie N, w ilości tem większej, im większy jest ich stan napięcia. Rośliny wysyłają również promienie N, szczególnie liście i nasiona w okresie kielkowania; zdolność promieniowania roślin znajduje się w ścisłym związku z działalnością protoplazmy i jej przemianą.

Pomimo całego szeregu doświadczeń, na które powołują się uczeni francuscy, istnienie promieni N jest poważnie zakwestyowane.

W dyskusji nad referatem p. TOŁWIŃSKIEGO HOYER zaznaczył, że zachodzi bliska analogia pomiędzy doświadczeniami BLONDLOT'a i CHARPENTIER'a a głośniami przed 50-ciu laty odkrytymi hrabiego Reichenbacha w Niemczech, który wraz ze swemi wrażliwymi „mediami” dostrzegał w ciemności rozechodzące się z różnych przedmiotów promienie świetlne, mianowicie różnokolorowe, z obu biegunów silnych magnesów, z kryształów, ciała ludzkiego, roślin żywych i t. d. REICHENBACH oznaczał te „zjawis-

ka” wyrazem *Od.* Przy naukowem sprawdzeniu tych spostrzeżeń okazało się, że polegały na złudzeniach, pochodzących z podmiotowego (subiektywnego) pobudzenia siatkówki spostrzegacza; wkrótce też w zupełności o nich zapomniano.

Nie może prawie ulegać wątpliwości, że i przy dostrzeganiu tak zwanych promieni N podmiotowe wrażenia świetlne i autosugestia odgrywają wielką rolę. Każdemu człowiekowi, który zajmował się kiedyś uważniej obserwacją podmiotowych wrażeń zmysłowych, znane są tak zwane fosfeny czyli wrażenia świetlne, występujące w siatkówce przy zupełnem zaciemnieniu otoczenia. HOYER ma siatkówkę drażliwą, że wystarcza zmrózenie powiek w ciemnem miejscu, aby dostrzedz różnego rodzaju fosfeny, a najczęściej owalny świetlny obraz plamki żółtej, bezustannie zmieniający swe natężenie (na przemian jasny i ciemny) i zabarwienie. Zjawisko to ma dużo podobieństwa do tak zwanych wrażeń następczych, wywołanych przez silne nagłe oświetlenie, zmieniających również bezustannie swe natężenie i zabarwienie. Doświadczenia nad promieniami N należy przyjmować z wielkim sceptycyzmem, dopóki nie zostaną stwierdzone przez doświadczenia ściślejsze, mniej zależne od subiektywnych stanów siatkówki.

T. Korzon.

Sprawozdanie z posiedzenia dermatologicznego

z dnia 4. XI. 1904 roku.

1) ŻERA przedstawił chorą 48-letnią kobietę, dotkniętą cierpieniem skóry policzka prawego: poniżej kąta wewnętrznego prawego oka tudzież na skórze prawej ściany podstawy nosa spostrzegać się daje blizna w postaci czworoboku długości 4, szerokości 2 cent., wgłębiona, cienka, bardzo słabo różowawa, gładka. Brzeg ze-

wnętrzny tego czworoboku przedstawia zgrubienie skóry w postaci białego rąbka, w średnicę $\frac{3}{4}$ mm., twardego chrząstkowato, niebolesnego przy dotykaniu. Na brzegu zewnętrznym widać w dwóch miejscach dwa cienkie strupki z naskórka i krwi zaschniętej; pod strupkami nadżarci (*excoriatio*) powierzchowne, krwawiące. Lekk-

stopień wywrócenia (*ectropion*) powieki dolnej przy kącie wewnętrznym oka, jako następstwo ściągania się blizny.

Na zasadzie charakterystycznych własności blizny (biały, twardy rąbek), powolnego z przerwami powstawania owrzodzeń, stosunkowo łatwo się zablizniających i odczuwanych przez chorą kłuc, resp. strzykań w miejscu chorem, Ż. rozpoznawał u chorej rakowca (*cancroid cutis*) skóry policzka.

Ponieważ nie było czasu na badanie mikroskopowe, gdyż chora zgłosiła się do Ż. w przeddzień posiedzenia dermatologicznego, przeto 1) wypowiedział się o możliwości błędu w swoim rozpoznaniu i 2) pragnął poddać pod roztrząśnienie sposoby leczenia: bądź chirurgicznego, bądź za pomocą promieni Roentgen'a.

ELZENBERG przyjmuje tę sprawę za *lues serpigiosa*. W przymiocie bardzo często proces rozpoczyna się od małego guziczka i posuwa się naprzód, zostawiając po sobie bliznę. Za przymiotem przemawia również wężykowatość nacieczenia, okalającego w dolnej części bliznę.

TRZCIŃSKI twierdzi, że rozpoznanie wahać się może jedynie między kankroidem a *lupus erythematodes*, co zresztą rozstrzygnie bardzo łatwo badanie mikroskopowe. Pełzająca forma przymiotu zgoła nie może być brana pod uwagę, bo widzielibyśmy wtedy owrzodzenie, które zabliznia się z jednej strony, a z drugiej posuwa się coraz dalej, tymczasem w danym przypadku małe nacieczony rąbek bez rozpadu posuwa się zwolna, pozostawiając bliznę poza sobą.

SOBIERAŃSKI wyłącza kankroid i *lues*: tak w jednym, jak w drugim bywają znacznie większe nacieczenia. Dla S. sprawa przedstawia się jako *lupus erythematodes*.

FELIKS MALINOWSKI nie zgadza się na rozpoznanie *lupus erythematodes*. W *lupus eryth.* nacieczenie nie posuwa się wężykowato, wrzodząc i zostawiając po sobie bliznę, lecz cała zajęta przestrzeń jest nacieczona, usiana rozszerzonymi otworami gruczołów łojowych lub wychodzącymi z nich łuseczkami i strupkami. Nacieczenie to, bez pierwotnych owrzodzeń, podlega wessaniu, zostawiając bliznę po sobie. Tego wszystkiego tutaj niema. Rozpoznanie może się wahać pomiędzy kankroidem i *lues serpigiosa*. Przy kankroidzie przed owrzodzeniem widać twardy wałeczek, jakiego w danym przypadku nie zauwa-

żyliśmy. Za przymiotem przemawia wężykowate, rozpadające się nacieczenie, pozostawiające po sobie bliznę. Przeciwno—przymiotowi nieznaczny stosunkowo postęp w ciągu tak długiego czasu (6 lat). Dla wyłączenia przymiotu możnaby zastosować specyficzną kurację, a jeśli ta zawiedzie, użyć radu. W ostatnich czasach STRASSMANN w Wrocławskiej klinice miał bardzo dobre wyniki ze stosowania radu przy kankroidach (19 przypadków). Ten fakt, że jeden z warszawskich lekarzy, jak to sam zaznaczył na ostatnim posiedzeniu Tow. Lekarskiego, miał bezwzględnie ujemne wyniki z swych prób, można objaśnić, na co i STRASSMANN kładzie nacisk, zanieczyszczeniem radu.

TRZCIŃSKI do poprzedniego swego przemówienia dodaje, że przeciw przymiotowi mówi jeszcze anamneza. Nie można sobie wyobrazić przypadku, w którymby przymiot nieleczonej specyficznie w ciągu sześciu lat trwania ograniczył się na zajęciu tak małego terytorium skóry. Ani T., ani prawdopodobnie nikt z obecnych kolegów nie widział podobnego przebiegu.

WOJCIECHOWSKI podkreśla nietypowość przypadku, skutkiem czego powstają różnice zdań. Sam W. osobiście przechyla się do rozpoznania kankroidu.

ELZENBERG w odpowiedzi TRZCIŃSKIEMU zaznacza, że badania anatomo-patologiczne nie dadzą tutaj żadnych danych dyagnostycznych: jak w jednym, tak i w drugim razie otrzymamy ogniskowe drobno-komórkowe nacieczenia. EL. widział sporo przypadków, gdzie sprawa luetyczna postępowała bardzo powoli, i późne symptomy tej choroby zjawiały się u osób, nie podejrzewających jej nawet u siebie.

ULIŃSKI jest przeciwny stosowaniu radu, gdyż rad wywołuje czasowe wypadanie włosów, jak to miało miejsce z demonstrowanymi w Tow. Lek. przez SWIĄTECKIEGO chorymi.

MALINOWSKI przypuszcza, że wypadanie włosów nastąpiło albo skutkiem zbyt długich sesansów, albo niezabezpieczenia odpowiedniego sąsiednich miejsc. STRASSMANN w swych tak licznych i z dodatnim skutkiem przeprowadzonych doświadczeniach nie wspomina o czasowym łysieniu.

WIELOWIEJSKI przyłącza się do zdania TRZCIŃSKIEGO co do rozpoznania.

ŻERA o dalszym losie chorej przyrzekł za-

komunikować kolegom na następnym posiedzeniu.

2) ELZENBERG przedstawił klasyczny przypadek *lichen ruber planus*. Na tułowiu i kończynach daje się dostrzegać duża liczba blaszek zlekka luszczących się, fioletowego odcienia, zbrózdzonych w najrozmaitszych kierunkach. Naokoło nich znajduje się sporo wykwitów wielkości łebka szpilki i mniejszych, nawpół wessanych, przykrytych małą łuszczyką, szczerlnie przystającą. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na ogólne rozprzestrzenienie się choroby i—obfitą liczbę blaszek.

3) FELIKS MALINOWSKI przedstawił chorobę, której kończyny i tułów są pokryte wysypką, składającą się z czerwonych wielkości łebka szpilki *papulo-vesicul* na zaczerwienionej skórze. Szczególniej są zajęte przednie powierzchnie ud, gdzie pęcherzyki dosięgają wielkości ziarnka grochu. Narządy trawienia w dobrym stanie. Chora ta zdradza objawy lekkiej blednicy. Przed 10 dniami zażyła ona 2 proszki chininy po 0,3, a od 6 dni brała 3 razy dziennie po 5 kropel *sol. ars. Pearsoni*. Wysypka zjawiła się 2 dni temu przedewszystkiem na udach, a później rozprzestrzeniła się i na inne części ciała (wyżej wymienione). M. przypuszcza, że ta *erythema papulovesiculosum* jest toksycznego pochodzenia, zależnego od przyjmowania arseniku.

TRZCIŃSKI nie uznaje związku wysypki z arsenikiem, ani z chininą. Wysypki pochinowe, stosunkowo dość częste, są efemeryczne, najczęściej typu pokrzywkowego. Wysypki poarszenikowej T. pomimo długoletniego stosowania leku nie widział ani razu, nawet nie może sobie wyobrazić podobnie rozległego zapalnego procesu skóry w związku przyczynowym z pomienionym lekiem. Sprawa *questionis* jest prawdopodobnie następstwem autointoksykacji przez przewód pokarmowy lub wyrazem skazy moczowej,—co przy powierzchownym badaniu trudno na razie rozstrzygnąć,—ale wiadomo, że taka patogeneza jest bardzo częsta przy *erythema papulovesiculosum universale acutum*.

MALINOWSKIEMU również nie wydaje się, żeby chinina wywołała u jego chorej wysypkę. Po chininie częściej bywają erupcje przelotne typu *erythema fugax* lub *urticaria*, mogą jednakowoż występować i takie, jak *eruptio eczematiformis et bullosa*. W danym razie również prze-

ciwko tej zależności przemawia zbyt odległy przeciąg czasu, dzielący zażywanie leku (chininy) i powstanie wysypki. Następnie M. powołuje się na artykuł THIBIERGE'a który podaje następujące wysypki poarszenikowe: *erythema* w postaci *roseola* albo *en plaques*, *eruptio erythemato-papulosum*, *urticaria*, *purpura*, plamy pigmentowane, keratozy. Gdy przyczyn, wymienionych przez poprzedniego mówcę, o ile wiadomo M., u jego chorej niema, za *causa movens* przyjmuje arsenik, po którym według THIBIERGE'a podobne wysypki się zjawiają.

WOJCIECHOWSKI nie obserwował podobnej wysypki po arseniku. Po chininie zaś najczęściej mu się zdarzały: *urticaria* i *erythema scarlatiniforme*. Nie jest on skłonny dopatrywać się w danym razie zależności wysypki od przyjętych leków.

PERKOWSKI tego rodzaju wysypki zalicza do powstałych skutkiem ogólnej sepsy organizmu, do zatrucia go takimi produktami przedewszystkiem, jak kwas moczowy.

MALINOWSKI zaznacza, że *erythema papulovesiculosum* nie jest charakterystyczną dla zatrucia żadnym poszczególnym preparatem. Powstaje ona, jak i przeważna część innych wysypek, skutkiem zatrucia tak środkami, przyjmowanymi *per os*, jak i wyrabianymi wewnątrz organizmu. W danym razie w braku innych przyczyn można przyjąć *post hoc (os) ergo propter hoc*. Zresztą dalsza obserwacja chorej, o której nie omieszka M. kolegom donieść na przyszłym zebraniu, może jeszcze tę sprawę z innego punktu oświetli.

4) FELIKS MALINOWSKI przedstawił chorobę 20 letnią pannę, u której na prawem ramieniu i przedramieniu a także w mniej znacznym stopniu na szyi i lewym przedramieniu widać małe plameczki, wielkością nie przenoszące ziarnka prosa, niebieskawe lub czerwono-niebieskawe. Plameczki te nie giną przy naciśnięciu i robią wrażenie, jak gdyby nastąpił wylew krwi pod bardzo cieniutką warstwę naskórka. Plamki są ugrupowane w blaszki wielkości monety pół rublowej do 1 rubla. Cierpienie to trwa już 3 lata i rozwija się stale i powoli u chorej. Poza to M. zauważył u chorej tylko szmery żylne szyi w nieznacznym stopniu. Cierpienie to M. przyjmuje za *telangiectasiae en grouppes*, powstałe skutkiem rozszerzenia brodawkowych pętli naczyń. *Telangiectasiae* symptomatyczne w cho-

robach układu krążenia jako też towarzyszące innym dermatozom, należą do dość częstych. Zaś *telang. essentielles* albo *primitivae*, szczególnie jak w naszym przypadku — *en plaques*, należą do bardzo rzadkich. Takich przypadków z literatury zebrał BROcq 15. Istnieje kilka teorii, objaśniających powstawanie *telang. primitivae*: 1) teoria neuropatyczna — paralityczne rozszerzenie sieci naczyniowej skóry, 2) teoria mechaniczna — przeszkody w obiegu krwi, 3) teoria toksyczna — zatrucie toksynami, np. nerek lub wątroby. W danym razie M. przypuszczał, że na powstanie *telang.* mogło wpłynąć zatrucie kwasem moczowym, lecz analiza moczu nie potwierdziła przypuszczenia.

5) FELIKS MALINOWSKI przedstawia chłopca 6 letniego, którego demonstrował już raz w Tow. Lek. w maju r. b., gdy twarz jego była usiana wysypką, teraz tylko widzimy na twarzy i rękach blizny dość głębokie, zupełnie jak po przebytej ciężkiej ospie. M. przedstawivszy fotografię chorego, zdjętą podczas wysypki w maju, mikrografie i preparaty mikroskopowe, wygłosił odczyt o tej chorobie, zwanej *Hydroa vacciniiformis*, bardzo rzadkiej, obserwowanej dopiero kilkanaście razy przez anglików, Niemców, Francuzów, Włocha, Holendra, Szwajcara, Amerykanina. Niektóre z opisów odbiegają bardzo od typu, tak że przypuszczalnie należą do innej choroby, opisywanej pod nazwą *Prurigo-hiimalis* lub *Hydroa pueororum*. Swoją przypadkę *Hydroa vacciniiformis* MALINOWSKI uważa za typową. Chłopiec cierpi na tę chorobę już drugi rok. Charakterystyczne cechy wysypki są następujące: 1) Powstawanie wysypki pod bezpośrednim wpływem palących promieni słonecznych na odkrytych częściach ciała. 2) Typowy prze-

bieg wysypki: *papulo-vesicula, vesicula* z wgłębieniem i z wybroczyną, strup, blizna, jak po ospie. 3) Recydywy.

Mikroskopowo były zbadane dwa wykwit, przyczem wyniki badań są różne od poczynionych przez BOWEN'a i MIBELLI'ego. Zapalenie, na które kładą taki nacisk ci autorowie, występuje i na naszych preparatach, lecz, jak to wykazuje badanie tworzącego się minimalnego wykwitu, jest poprzedzane przez nekrozę. Przedewszystkiem występuje nekroza naskórka, która obejmuje i leżącą pod nabłonkiem tkankę łączną. Nekroza ta wywołuje podrażnienie na granicy zdrowej tkanki, nacieczenie i wysięk surowicy. Skutkiem tego mamy na granicy wał nacieczenia drobnokomórkowego i wysięk płynny, z jednej strony rozpułchniający tkankę łączną, leżącą pod ogniskiem nekrotycznym, — z drugiej przesiąkanie masy nekrotycznej tym samym płynem. Wskutek przesiąkania tej masy nekrotycznej i rozpułchnienia jej tworzy się pęcherzyk. Zapalenie z pierwotnego punktu wyjścia rozszerza się naokoło, i wysięk, szukając wyjścia dla siebie, oddziela nabłonek od tkanki łącznej. Przytem sople nabłonkowe wydłużają się, scieńszają i, pozostając w łączności pomiędzy pokrywką i dnem pęcherzyka, stanowią przegródki (*trabeculae*). Nekrotyczna masa wysycha, twardnieje, tworzy się strup i następnie wgłębienie w miejscu, odpowiadającym pierwotnej nekrozie nabłonka. Dalszy przebieg jest zwykły.

Zastanowiwszy się następnie nad patogenезą tej sprawy, M. podaje sposoby leczenia, jak woalki czerwone, maści, jodoform z eterem, alkalia, hartowanie i t. d.

N O W E L E K I.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 5).

Mentholum.

Wtórny alkohol olejku miętowego.

Kryształy bezbarwne, smaku i zapachu mięty, trudno rozpuszczalne w wodzie, łatwo w wyskoku i eterze.

Wewnątrznie: *Carminativum*; w biegunkach, wymiotach. Dawka 0.02.

Zewnątrznie: W swędzeniu skóry: 10% roztwór wyskokowy, lub maść: M. 1.0; Ol. oliv. 3.0; Lanol. 6.0. W nieżycie nosa: w proszku.

Mercurolum.

Połączenie rtęci (10%) z kwasem drożdżowo-nukleinowym.

Proszek brunatno-białawy, rozpuszczalny w wodzie, nie zaś w wyskoku. Roztwory wodne już po 3 dniach stają się nieużyteczne wskutek łatwego rozkładania się M.

W *Ulceris cruris*: 2% maść lub 2% okłady. W rzeżączce: 2% iniekcye do cewki. W owrzodzeniach gruźliczych, w *Ulcus molle* posypywanie proszkiem.

Do wewnątrz: w przymiocie: 0.05, w pigułkach, 2 razy dziennie.

Mesotanum.

Methoxymethylester kwasu salicylowego. Chemicznie zbliżony do Ol. *Gaultheriae*.

Płyn żółtawy, przezroczysty, prawie bez zapachu, miesza się z wyskokiem i olejami tłustymi.

Sedativum externum: *Lumbago*, *Rheumatismus*. *Pleuritis sicca*, poty nocne w *Tbc*. W postaci wcierań z ol. oliv. ana.

Methylatropinum bromatum.

Kryształy białe, łatwo rozpuszczalne w wodzie i rozcieńczonym wyskoku, trudno w wyskoku bezwodnym, acetonie i chloroformie. Zawiera 20,9% bromu.

W okulistyce: zastępuje atropinę; 2 krople 1% roztworu rozszerzają źrenicę, co trwa tylko 3 — 4 godziny.

Wewnątrznie: również zastępuje atropinę.

W pigułkach 0.02 na 20 sztuk; 1 — 2 pig. dziennie.

Podskórnie: 0.003:15.0 wody; jedna strzykawka.

Metylenowy błękit.

Methylenum coeruleum. *Methylenblau*. Kryształy niebieskie, rozpuszczalne w wodzie. Zastępuje chininę, ale nie jest tak skuteczny. W zimnicy do 0.6 dziennie; brąc 5 — 10 dni. W moczołce 0.1, kilka razy dziennie; razem wziąć 1.0; po kilku tygodniach powtórzyć. W *Ischias* 0.1 w kapsułkach żelatynowych, 3 — 6 dziennie. W rzeżączce 0.05; 3 — 4 kapsułki dziennie. W *Otitis med. purul.*, zwłaszcza u dzieci, roztwór 1:500.

Niekiedy wywołuje parcie i ból przy urynowaniu.

Methylum salicylicum.

Jest to sztuczny Ol. *Gaultheriae*.

Płyn bezbarwny lub zlekka żółty, nie tak nieprzyjemny, jak Ol. *Gaulth.* naturalny.

Zewnątrznie: w gościecu, gdy salicyl nie bywa znoszony wewnątrznie: puszcza się krop-

lami na miejsce bolesne. W *Epididymitis gonor.* smaruje się kilkunastoma kroplami lub też z Ol. oliv. (1:2). W swędzeniu: M. s. 2,0; Zinci oxyd., Lanol. ana 20,0.

Mirmololum.

10% formaldehyd z 3% fenolem.

Płyn odwanający, wysuszający. Służy do opatrunków: w *Lupus*, owrzodzeniu rakowem.

Nadnerczowe przetwory.

1. Extr. suprarenale haemostaticum siccum „Merck“. Wywiera silny skurcz naczyń na błonach śluzowych.

W *Conjunctivitis*, *Blepharitis* wkraplanie 1 - 10% roztworu wodnego. W nieżytach nosa i gardzieli pensylowanie 10 - 50%. W *Epistaxis* tampony z 1 - 10%.

2. Tabulettae gl. supraren. „Roche“ w chorobie BASEDOW'a: 3 razy dziennie po 2 sztuki.

3. Supradin. Suchy przetwór z nadnerczy zwierząt. Proszek czerwony, prawie bez zapachu i smaku zawiera 0.15% jodu. Tabletki zawierają 1.0 gruczołu; 6 sztuk dziennie.

4. Suprarenaden „Knoll“. Wyciąg z świeżych nadnerczy cieląt i owiec. Wzmaga ciśnienie krwi. W chorobie Addison'a, *Diab. insip.* Tabletki po 0.5; 2 - 3 sztuki dziennie.

5. Suprareninum hydrochl. fabryki w Höchst. W handlu: w roztworach 1:1000 fizjologicznego (0,9%) roztworu soli kuchennej. Wywołuje bezkrwistość błon śluzowych. Ażeby uczynić łącznicę zupełnie bladą na 1—2 godziny, wystarcza 1 kropla. (Lekkie palenie oka wywołuje).

Naftalanum.

Maść brunatna, obojętna, ciągliwa, prawie bez zapachu. Otrzymywana z nafty. Miesza się trudno z wodą i gliceryną, łatwo z tłuszczami. Bez ubocznych własności szkodliwych.

W *Scabies* (wystarcza 3-dniowe natarcie), *Eczema*, *Phlegmone*, *Furunculosis dissem.*, oparzeniach (po nacięciu pęcherzy), odleżynach, *Ulceracra cruris*, starciach skóry przy ciasnym obuwiu, ukłuciuach moskitów (specyfiki).

Stosowany: w stanie czystym lub pasta: N. 50,0; Zinci oxyd., Amyli ana 25,0; lub maść: N., Vasogeni puriss. spiss. ana.

Plamy na bieliźnie usuwa się naftą lub benzolem.

Natr. aethylatum cryst.

Proszek biały, rozpuszczalny w wodzie i wyskoku.

Do niszczenia brodawek: przypalanie 33% roztworem wyskokowym.

Natr. glycerino-phosphoricum.

Płyn żółty, miesza się z wodą. Dawany w stanach osłabienia ogólnego, neurastenii i histeryi, podobnie jak Calc. glyc.-phos., też w połączeniu z tym ostatnim środkiem.

W handlu: Glycerophosphate „Roche“.

Natr. kakodylicum.

Dwumetylarsenian sodu.

Kryształ lub proszek biały, z zapachem czosnku, rozpuszczalny w wodzie. Ten związek arsenowy chorzy znoszą w dawkach większych bez oznak otrucia. Przeciwwskazany w cięższych cierpieniach wątroby. Jednoczesne podawanie jodu wzmacnia skuteczność.

Stosowany wszędzie tam, gdzie arsen.

Wewnątrznie: 0,025 - 0,05 - 0,1; do 0,3 dziennie. Pigułki: N. K. 0,25—1,0; Sacch., Gummi q. s. ad pil. N. 20; 1 - 2 - 5 dziennie. Podskórnice: 0,05 raz dziennie (N. K. 0,5; Aq. 10,0; Ae. carbol. (3%) gutt. 1).

Neo-Arsycodyle.

Zawiera Natr. arseno-methylicum.

Proszek biały lub kryształ, bez zapachu czosnku.

Wewnątrznie i podskórnice zamiast nieorganicznych związków arsenu: 0.01 — 0.025. W zimnicy nieskuteczny.

Nirvaninum.

Eter metylowy bardzo złożony.

Pryzmaty bezbarwne, w wodzie łatwo rozpuszczalne.

Środek miejscowo znieczulający, mocniejszy od roztworu SCHLEICH'a, przytem nieszkodliwy.

Do znieczulań infiltracyjnych w operacjach chirurgicznych i dentystrycznych bierze się roztwory wodne 2-5%, gdy roztworu SCHLEICH'a bierze się tylko 0.2-0.5%. Nirwana jest przeto 10 razy mniej trująca od koka-

iny. Najwyższa dawka kokainy do iniekcji wynosi 0.05, a nirwaniny 0.5. Mimo to spostrzegano objawy zatrucia.

Do znieczulania krtani 5 - 10% roztwory.

Do operacji chirurgicznych 2% roztwory, z których iniekuje się 4 c. sz. Znieczulenie następuje po 3 - 5 minutach.

Są gotowe tabletki po 0.25, które się rozpuszcza w 10 c. sz. wody. Zawsze trzeba przygotowywać roztwór świeży.

Nosophenum

vel J o d o p h e n u m. Tetrajodphenolphthalein.

Proszek żółtawy, bez zapachu i smaku, nierozpuszczalny w wodzie i kwasach, trudno w wyssoku, łatwiej w eterze i chloroformie.

Antyseptyk. Zastępuje jodoform. W *Ulcus molle*, *Rhinitis*.

Wewnątrznie: w niezżytach żołądka i kiszek 0,3—0,5.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SKLAREK otrzymywał dobre wyniki z antrasolem w pryszczycy przewlekłej, swędzeniu miejscowym i ogólnym (10% maść glicerynowa).

(D. med. Woch. 25—04).

= SCHOTTELIUS badał bakteriologicznie odrowe zapalenie łącznicy podczas ciężkiej epidemii odry. Badano 80 przypadków, z których zmarło 40. W 51 przypadkach był gronkowiec złocisty, w 25 — paciorkowiec. Pierwszy znajdowano w równej mierze pośród przypadków ciężkich i lekkich; drugi znaleziono wśród lekkich 5 razy, wśród śmiertelnych 20 razy. Tym sposobem paciorkowiec istniał w połowie przypadków śmiertelnych. Jednocześnie znajdowano go w śledzionie i płucach. Świnki, nim zarażone, ginęły po 3—4 dniach przy objawach zatrucia gnilnego i wysięków krwawych w jamach opłucny i otrzewny. (Münch. med. Woch. 9. 1904).

= DANIEL zwrócił uwagę na zauważony przez się objaw, wskazujący niebezpieczeństwo uduszenia się płodu podczas porodu skutkiem ucisku pępowiny przez przodującą główkę. Mianowicie przy po-

ciąganiu kleszczy otrzymuje się niekiedy wrażenie szczególnego ruchu płodu, nie odpowiadającego zwykłym uderzeniom. Ruch ten czuje się zawsze pomiędzy dwoma bólami, i polega on na jednym uderzeniu w kierunku rąk lekarza i na natychmiastowym drugim powrotnym. Ruchy te powtarzają się kilkakrotnie, w odstępach coraz większych; ustanie ich dowodzi śmierci płodu. Autor objaśnia je przedwczesnymi ruchami oddechowymi wskutek nadmiaru CO₂ we krwi płodu, zależnego od ucisku naczyń pępowiny. Po zauważeniu tego objawu trzeba poród kończyć jaknajśpieszniej.

(Brit. med Jour 26/3 04.)

= SCHWABACH opisuje ciekawy przypadek zatrucia roztworem FOWLER'a: 25 letnia chora z powodu pryszczycy przewlekłej otrzymała krople FOWLER'a. Środek ten wywoływał silny niezżyt nosa, uszu i oczu; słuch przytępiony, szum w uszach, uczucie ciężaru w głowie, obfita wydzielina z nosa i gardzieli, łzawienie, niezżyt łącznicy. Żadne leki nie pomagały, aż dopiero po odstawieniu arsenu wszelkie objawy znikły.

(D. m. Woch. 11 — 04).

P.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w styczniu 1905 r.

Gazeta Lekarska.

N. 1. 1) I. Pawiński. Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica.

2) Rejchman. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka za pomocą głodzenia.

3) W. Łapiński. Tymol kamforowy w leczeniu gruźlicy kości, stawów i gruczołów.

N. 2. 1) I. Belkowski i Wł. Starkiewicz. O zachowaniu się roztworów kwasów, wlanych do żołądka.

2) B. Dembiński. Przyczynek do badań nad substancją uczulającą (sensibilisatrice) prątką gruźliczego.

N. 3. 1) Władysław Oltuszewski. Obrazy potologii mowy w świetle nauki współczesnej oraz zasady leczenia zboczeń mowy.

2) I. Belkowski i Wł. Starkiewicz. O zachowaniu się roztworów kwasów, wlanych do żołądka. (C. d.)

N. 4. 1) I. Belkowski i Wł. Starkiewicz. O zachowaniu się roztworów kwasów, wlanych do żołądka. (Dok.)

2) Władysław Oltuszewski. Obrazy potologii mowy w świetle nauki współczesnej oraz zasady leczenia zboczeń mowy. (C. d.)

Kronika Lekarska.

Zeszyt 1. Bronisław Ziemiński. O zachowaniu się wobec zaćm powikłanych.

2) I. Polak. Nowoczesne urządzenia do produkcji limfy ospowej stosowane oraz w szczególności o urządzeniu instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie.

Zeszyt 2. 1) I. Polak. Nowoczesne urządzenia do produkcji limfy ospowej stosowane oraz w szczególności o urządzeniu instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie. (Dok.).

2) W. Załęski. Ruch ludności miasta Warszawy w roku 1903 porównawczo z innymi miastami.

Zdrowie.

Zeszyt 1. 1) I. Polak. Najpierwsza sprawa w programie społecznym.

2) Adolf Mesz. Projekt reform sanitarnych w Otwocku.

3) K. Chełchowski. Temperatura izb wiejskich w zimie.

Lekarz.

N. 1. 1) W. Miklaszewski. O źródłach siły w ustroju.

2) Matylda Biehler. Ubranie dzieci w świetle higieny.

3) L. Wernic. Jak zapobiegać chorobom skórnym?

4) Kl. Łazarowicz. Oparzenia.

N. 2. 1) W. Miklaszewski. Praca.

2) Kl. Łazarowicz. Oparzenia (Dok.)

3) Stanisław Konwerski. Kilka słów o dziedziczności.

4) L. Wernic. Jak zapobiegać chorobom skórnym? (Dok.)

Przegląd dentystyczny.

N. 12. 1) W. Łepkowski. Uproszczony sposób robienia koron ciągnionych.

Przegląd Felczerski

N. 1. 1) J. Frejlich. Krótki rys historii medycyny.

2) W. Z. Skóra, jej budowa i fizjologiczne czynności.

3) K. S. Choroby skórne.

4) B. Dybowski. O trzech pracach, dotyczących alkoholizmu, a mianowicie: 1) o nerwowości u dzieci; 2) o alkoholizmie i antyalkoholizmie; 3) o alkoholu i nerwach; myśli i uwagi własne.

N. 2. J. Frejlich. Stosowanie tymianu (thymusu) przy kokluszu.

3) B. Dybowski. O trzech pracach, dotyczących alkoholizmu, a mianowicie: 1) o nerwo-

wości u dzieci; 2) o alkoholizmie i antyalkoholizmie; 3) o alkoholu i nerwach; myśli i uwagi własne. (C. d.)

3) W. Z. Skóra, jej budowa i fizyologiczne czynności. (C. d.)

4) K. S. Choroby skórne. (C. d.)

Przegląd Lekarski.

N. 1. 1) F. Majewski. Przyczynę do leczenia niektórych stanów septycznych.

2) W. Jaworski. Uwagi wspólnie o chorobach kąticy.

1) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

N. 2. 1) J. Woszczyński. Hidroterapia w psychiatrii.

2) F. Majewski. Przyczynę do leczenia niektórych stanów septycznych (C. d.)

3) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach. (C. d.)

N. 3. 1) E. Machek. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich, wchodzącej w zakres okulistyki.

2) J. Woszczyński. Hidroterapia w psychiatrii. (C. d.)

3) F. Majewski. Przyczynę do leczenia niektórych stanów septycznych. (C. d.)

N. 4. 1) A. Wrzosek. W sprawie wydzielania przez prawidłową wątrobę mikrobów, krążących we krwi.

2) E. Machek. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki. (C. d.)

3) F. Majewski. Przyczynę do leczenia niektórych stanów septycznych. (Dok.)

4) W. Chlumsky. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach. (C. d.)

Nowiny Lekarskie.

N. 1. Gaszyński. Ratowanie noworodków od pozornej śmierci nowym sposobem sztucznego oddychania.

2) Gerzabek. Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki.

3) Dziembowski. Białkomocz wskutek zatrucia rtęcią.

Postęp okulistyczny.

N. 12. 1) T. Ballaban. O szklistem zwyrodnieniu spojówki gałkowej.

2) K. Noiszewski. Mnogowidzenie jednooczne.

3) K. Rumszewicz. Przyczynę do anatomii patologicznej tak zwanych brodawczek błony sprężystej naczyniówki. (Dok.)

N. 1. 1) W. Majewski. O ametropometrii i astygmoskopii.

2) Wł. Garliński. Zapalenie rogówki pęcherzykowe.

Przegląd Higieniczny.

N. 1. 1) J. Baszycki. Sprawozdanie roczne o inspekcjach w roku 1902.

2) Zarzycki. W sprawie kanalizacji miasta Lwowa.

3) W. Legeżyński. Jak należy zorganizować służbę dezynfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach?

Głos Lekarzy.

N. 1. 1) O nihilizmie lekarskim.

2) W sprawie pensji dla wdów i sierot po lekarzach.

3) Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904 (C. d.)

4) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych (C. d.)

5) Pokłosie z pracy lekarskiej.

6) Polskie towarzystwo balneologiczne.

7) W sprawie epidemii duru plamistego.

N. 2. 1) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicji.

2) O nihilizmie lekarskim.

3) Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904. (Dok.)

4) Polskie towarzystwo balneologiczne. (Dok.)

5) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych (C. d.)

6) W sprawie podziękowań dla lekarzy.

7) Z niwy dziennikarskiej.

8) Pokłosie z pracy lekarskiej.

W Szpitalach Paryżkich i Szpitalach Ministerjum Marynarki Francyi

Referat Akademii Naukowej, Medycyny i
Biologicznego Towarzystwa w Paryżu

OVO-LÉCITHINE BILLON

JAJECZNY LECYTIN BILLON

zażywa się przy
NEURASTENII,
ENUŻENIU BŁADACZCE,
ANEMII, REKONWALESCENCYI I STAROŚCI.



FIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji słojuowego szpiku kory drzewnej Cascara Sagrada, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po, kolacji lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI.

Apteka MIDY istnieje od r. 1828 faubourg St-Honoré, 113 w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: H. MENDELSSOHN, Warszawa, Leszno 12.

Żądać podpis L. MIDY.

Xeroform

Najlepszy środek zastępujący jodoform. W użyciu bezwonny wolny od zarazków, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu wielkich dawek jako antyseptyk kiszki. Usmierza bóle i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Silny środek odwaniający, wybitnie osuszający i pobudzający tworzenie nabłonka. Działa specyficznie przy ulcus cruris, intertrigo, mokrych ekzemach i oparzeniach. Oszczędność w życiu i dlatego tani w stosowaniu.

PASTA XEROFORMOWA BRUNS'A

Creosotal

Creosotal „Heydena” jest nie tylko wypróbowanym środkiem przeciw suchotom, lecz także specyfikiem w niegruźliczych chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (rów. broncho-pneumonii, po odrze, influenzy i dyfteryi) przy dużych dawkach Creosotalu 10—15 gr. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—6 gr.

Próby i literaturę dostarcza gratis Fabryka chemiczna Heyden'a Radaboul-Drezno, lub przedstawiciel na Królestwo Polskie LUDWIK FREIDER, Warszawa, Leszno 60.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody Selcerskiej. Pić należy lykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Dr. Z. Dobrowolski

Ord. oddz. chorób gardła, nosa i uszu. Warsz.
Szp. Dziec. Obecnie przyjmuje od 9—10 rano
i od 4½—6-ej p. p. Ulica Warecka 9, tel. 3509.

Dr. W. Maleszewski

(Z KARLSBADU) ORDYNUJE w ABBAZYI
W ZIMIE, WILLA THALLER.