

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. LEON KARWACKI. Z kazuistyki bakteryologicznej. Przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej w przebiegu duru. Str. 1155. II. C. BARSZCZEWSKI. Zastosowanie promieni ROENTGEN'a w klinice chorób wewnętrznych. (Dok.). Str. 1150. *Dział sprawozdawczy.* 168. ROLLY. O wpływie ciepłoty gorączkowej na przebieg chorób zakaźnych. Str. 1163.—169. VERA BARANKEREFF. Badanie doświadczalne nad wpływem gorączki na przebieg zakażenia. Str. 1164. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Sekeya neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenia dnia 17-go lipca, 18-go września, 29-go października 1909 r. Str. 1165 1167, 1169. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.* XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX posiedzenia naukowe dnia 1-go, 8-go, 22-go, 29-go października, 5-go listopada 1909 r. Str. 1171, 1172, 1173. *Wiadomości bieżące.* Od Redaktora. Od Wydawcy. *Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ
W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

Z kazuistyki bakteryologicznej.

Przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej w przebiegu duru.

Podał

Leon Karwacki.

(Pokaz w Tow. Lek. Warsz. 5. X. 1909 r.).

W początkach września r. b. wezwany zostałem do przypadku duru. Chory dwudziestoparoletni, silny, dobrze odżywiony. Niezdrowym się czuł mniej więcej od trzech tygodni. W ciągu pierwszych dziesięciu dni zajmował się zwykłą pracą, a nawet odbywał uciążliwe wycieczki konno. Od 10-u dni pozostaje w łóżku. Ciepłota w okresie narastania. Zaburzeń kiszkowych niema. Chory chwilami bredzi, zrywa się, ma skłonność do gniewu. Brał względnie duże dawki piramidonu. Jak twierdzi otoczenie, w skutek tego

choremu znacznie się pogorszyło, mianowicie wystąpiło raptowne osłabienie prawidłowej dotąd działalności serca, duszność i kaszel. W płwocinie zjawiła się domieszka krwi. Lekarz, wezwany do chorego w tym okresie, znalazł ognisko zapalne w dolnym płacie lewego płuca i obfity wysięk w lewej opłucnej. Objawy wysiękowe dominowały nad zmianami zapalnymi w płucu.

Przy badaniu chorego na naradzie z kol. ZALESKIM znaleźliśmy co następuje. Świadomość chorego przyćmiona. Język podsycha. Ciepłota przechodzi 39°. Tętno około 110-u o słabem napełnieniu. Przy badaniu narządów oddechowych wykrywa się stłumienie w lewym płucu, dochodzące do kąta łopatki, a pod pachą sięgające do szóstego żebra. W górnej trzeciej części stłumienia oddech osłabiony, lekka egofonia, w dolnych dwu trzecich oddech oskrzelowy i wilgotne drobne rżżenia. Śledziona przy badaniu wyczuwa się wyraźnie, wątroba nieco powiększona. Na powłokach brzusznych dyskretna *roseola*. W prawym dole biodrowym *gargouillement*. Zrenice reagują prawidłowo i na światło i na akkomodację, mięśnie nie przykurczone, odruchy ścięgnowe prawidłowe.

Drogą nakłucia otrzymaliśmy około 3-ch ctm. sz. gęstego płynu z opłucnej o wejrzeniu krwawo-ropnem. Płyn ten w jałowem naczyniu wziąłem ze sobą do Warszawy.

O stanie obecnym chorego nie mam żadnych wiadomości, wiem tylko, że żyje.

Badanie płynu mogło być przeprowadzone dopiero po 24-ch godzinach. Przez ten czas wytworzył się obfity czerwony skrzep. Po mocnem skłóceniu pół ctm. sz. płynu dolałem do agaru płynnego i wylałem na płytkę PETRIEGO. Po dwu dniach otrzymałem na płytce 6 kolonii okrągłych, wielkości łebka od szpilki, przeświecających, prawie bezbarwnych. Oglądane przez małe powiększenie osady mają budowę ziarnistą. Jedna z osad została przeszczepiona na bulion, jedna na agar skośny. Z jednej zaś zostały zrobione preparaty drobnowidzowe. Drobnoustroje przedstawiają się w postaci wydłużonych ziarników. Układ mają przeważnie łańcuskowy, po 4–6, najwyżej 8 ziarn. Znaczna część tworzy dwójki. Metodą GRAMA drobnoustroje barwią się. Na bulionie po 24-ch godzinach powstało lekkie zmętnienie, na agarze skośnym rozwój w postaci szklistych bezbarwnych punkcików na podobieństwo małych kropelek rosy. Układ łańcuskowy przeważa zarówno na bulionie, jak i na agarze.

Hodowla agarowa została zawieszona w 3-ch ctm. sz. bulionu i wstrzyknięta małemu królikowi do otrzewnej. Królik zdechł po 8-u dniach. Na preparatach krwi z serca nieliczne typowe dwoinki w otoczkach.

Reszta płynu została odwirowana. Płyn przezroczysty został zebrany do dalszych badań, a z osadu zrobiono preparaty i zabarwiono metodą ZIEHL-NEELSEN-GOBETTA, GRAM-eozyną i rozcieńczonym barwikiem GIEMSY. Na żadnym z preparatów, barwionych powyższymi sposobami, obecności jakichkolwiek drobnoustrojów stwierdzić nie mogłem. Wzór cytologiczny osadu skła-

da się z 75% krążków czerwonych i 25% innych pierwiastków komórkowych, których skład procentowy przedstawia się, jak następuje:

50% mocno zniszczonych śródbłonek,
45% leukocytów wielojądrowych,
5% limfocytów.

Wielojądrowe są w stanie zwyrodnienia pyknotycznego. Fragmenty rozpadu jądrowego są kuliste, mocno zabarwione, o rozmiarach niekiedy tak małych, że symulują fagocytozę ziarników. Limfocyty są bardzo niewiele zmienne.

Z czystym płynem zostały przeprowadzone dwa badania aglutynacyjne: jedno dla potwierdzenia rozpoznania klinicznego, drugie zaś z homologiczną hodowlą dwoinek. Makroskopowa aglutynacja z lasecznikami durowymi wypadła aż do rozcieńczenia 1:500. Rozcieńczenia niższe pomiędzy 1:10 a 1:100 wykazały obecność ciał hamujących aglutynację, tak zwanych aglutynoidów, w skutek tego odczyn makroskopowy przy rozcieńczeniu 1:20, na przykład, był mniej wybitny, niż przy 1:100 lub 1:250.

Odczynnik do aglutynacji dwoinek był sporządzony z hodowli agarowej, zawieszony w 3-ch cm. sz. płynu КОЧА. Odczyn makroskopowy po 24-ch godzinach wypadł do rozcieńczenia 1:10.

Systematyczne badania cytologiczne w przebiegu dwoinkowych zapaleń opłucnej wykazują pewne właściwości, dość interesujące ze stanowiska prognostycznego. W każdym przypadku zakaźnego zapalenia opłucnej, wartość pierwszorzędną stanowi pytanie, czy wysięk się wessie samoistnie, czy też zropieje. Otóż w najwcześniejszych okresach sprawy, kiedy na mocy badania klinicznego zaledwie można podejrywać, że w opłucnej tworzy się wysięk, wzór cytologiczny płynu składa się z śródbłonek, ułożonych w wysępki, i z wielojądrowych. W następstwie powiększa się liczba wielojądrowych, a śródbłonki nie tworzą warstwy, lecz rozrzucone są pojedynczo. Dwoinki spotykają się wolne i fagocytowane przez wielojądrowe i przez makrofagi. W tym okresie sprawa może przebiegać dwojako. Dwoinki znikają, a wraz z nimi zmniejsza się liczba wielojądrowych, i zjawiają się limfocyty, lub też rozwój dwoinek idzie dalej, a wielojądrowe napływają w tak dużej liczbie, że wysięk nabiera cech ropnych.

W danym przypadku zmniejszeniu się wysięku [które stwierdził kol. ZALESKI, znający chorego z poprzednich wizyt] towarzyszyły: brak dwoinek na preparacie, przewaga śródbłonek nad wielojądrowymi i obecność limfocytów. Z objawów tych można byłoby wyprowadzić wniosek, że do zropienia w dany przypadku nie dojdzie, o ile powtórne badanie wykazałoby stałość tego wzoru.

Właściwości duru, jako choroby zakaźnej, są tej natury, że w wysokim stopniu sprzyjają powstawaniu spraw zapalnych w opłucnej. Już sama obecność laseczników w krwiobiegu wystarcza do powstawania ognisk przerzutowych na błonie surowiczej i tworzenia się wysięku. Poza tem przybywają

jeszcze takie czynniki, jak przekrwienie płuc, *bronchopneumonia* i *pneumonia*, zawały w płucach, ropienia w narządach sąsiednich, zakażenia wtórne. Statystyka kliniczna niemiecka tych rozważań teoretycznych nie potwierdza. Według LIEBERMEISTER'a częstość zapaleń opłucnej w durze wynosi 47%, statystyka LOUIS'a podaje 1 na 57, FRAENKEL'a—4 na 500 spostrzeżeń. Zupełnie odmiennie sprawa przedstawia się podług klinicystów francuskich. „*Les pleurésies typhoïdiques demendent à être recherchées*” mówią WIDAL i MERKLEN, przeważna część bowiem zapaleń opłucnej symptomatologii klinicznej nie posiada wcale i wykrywa się drogą nakłucia jamy opłucnej. Zabieg ten we Francji po roku 1900, to jest po wprowadzeniu przez WIDALA metody badania cytologicznego, stosuje się bardzo często, i dzięki temu wykryto i opisano bardzo wiele zapaleń opłucnej, pozbawionych zupełnie historii klinicznej.

Objawy zapalne w opłucnej występują najczęściej w drugiej połowie choroby, a nawet w okresie zdrowienia. Późną postacią, bo w 21 dni po ustąpieniu gorączki, opisał SIREDEY. W przypadku DOPTERA zapalenie opłucnej w okresie bezgorączkowym było objawem nawrotu durowego. WARBURG spostrzegł przypadek ropnego zapalenia opłucnej w szóstym tygodniu zdrowienia. Pomimo obfitej ilości ropy w opłucnej, ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych. Do rzadkości należą przypadki tak zwanego pleurotyfoidu, gdzie lokalizacja na opłucnej stanowi pierwszy objaw poczynającego się duru, i gdzie przez 7—10-u dni rozpoznanie waha się między pierwotnym zapaleniem opłucnej a dudem [przypadki TALAMONA i LECORCHÉ'go, SÉE'go, FERNET'a i GIRODE'a].

Podług wyglądu płynu zapalenia noszą miano surowicznych, krwotocznych i ropnych. Badacze francuscy zaznaczają częstość postaci krwotocznych.

Z wyliczenia czynników, sprzyjających powstawaniu zapalenia opłucnej w durze, łatwo jest wywnioskować, że nie każdy płyn wysiękowy zawiera nieuchronnie zarazki. W kongestji płuc, w zawałach, a nawet w zapaleniu płuc odoskrzelowem, ognisko zapalne, znajdując się w sąsiedztwie opłucnej, może wywołać w niej odczyn wysiękowy zupełnie jałowy co do drobnoustrojów. Do tej kategorii przeważnie odnieść należy zapalenia bez symptomatologii. Na 12 przypadków, zbadanych szczegółowo przez RAVAUT'a, w 9-u płyn był zupełnie jałowy.

W tych razach, gdy płyn opłucnej zawiera drobnoustroje, są nimi najczęściej laseczniki durowe: 2 przypadki FRAENKEL'a, 2 przypadki WIDALA i MERKLENA, 3 przypadki RAVAUT'a, przypadki MENETRIER'a, COURMONT'a, ACHARD'a, GERHARD'a, WARBURGA, LORIGO i PENSUTI'ego, SAHL'ego, SPIRIG'a, VALENTINI'ego, VEINTRAUD'a i REMLINGERA. Ten ostatni autor naliczył w piśmiennictwie do roku 1900 37 podobnych spostrzeżeń. Z badań WIDALA i MERKLENA wynika, że jałowość płynu opłucnego niezawsze dowodzi, że wysięk powstał bez współdziałania laseczników EBERTH'a. Nakłuwając często dwu chorych durowych, wzmiankowani badacze raz otrzymywali [płyn] jałowy, drugi raz—zawierający laseczniki. Jak wiadomo, płyny

zapalne opłucnowe w durze zawierają niweczniki swoiste. Ilość tych niweczników jest zmienna i może ulegać dość szerokim wahaniom nawet u jednego i tego samego chorego. Jednego dnia przeto ilość ich może być tak znaczna, że bardzo niewielka część zarazków w wysięku pozostaje przy życiu, i wtedy otrzymuje się płyn jałowy, innego dnia znowu przy spadku niweczników rozwój bakterii staje się możliwym, i wtedy mamy płyn septyczny.

Dzięki obecności niweczników swoistych, a w ich rzędzie aglutynin, płyny wysiękowe na równi z surowicą krwi mogą służyć do badań serodygnostycznych. W moim przypadku siła aglutynacyjna płynu była nawet dość wysoka. Wyjątek w tej mierze stanowi przypadek MENETRIER'a, gdzie płyn zawierał laseczniki durowe, a nie zawierał wcale aglutynin, surowica zaś chorego aglutynowała laseczniki EBERTH'a w sposób swoisty.

Bez porównania rzadziej zapalenia opłucnej w durze powstają za sprawą innych drobnoustrojów, mianowicie gronkowców, paciorkowców i dwoinek TALAMON-FRAENKEL'a; ta okoliczność skłoniła mnie do zakomunikowania Panom swego przypadku. W dostępnej mi literaturze spotkałem tylko dwa podobne przypadki, opisane przez FRAENKEL'a.

Zejście zapaleń septycznych opłucnej może być bardzo różne. W 3-ch przypadkach RAVAUT'a pomimo obecności laseczników durowych płyn nie zropiał i uległ wessaniu w okresie czasu między 5-m a 19-m dniami. Zropienie płynu również nie wyklucza możności wessania się. Podobny przypadek opisał GERHARD. Wysięk obustronny o wyglądzie surowicznym, zawierający laseczniki durowe, przeszedł następnie w ropny i wessał się doszczętnie. W przypadku WARBURGA duży otok opłucnej został wydalony przez płuca. Klasyczny pogląd, że zapalenie opłucnej, wikłające dur, jest objawem bardzo niepomyślnym, i statystyka LA SAIGNE'a, dotycząca 23-ch ropnych zapaleń opłucnej z zejściem śmiertelnym w 13-u przypadkach, zdaniem mojem, wymagają pewnych komentarzy.

Pogląd ten powstał w tym okresie, kiedy nakłucie próbne w celach dyagnostycznych stosowane nie było, stąd cały szereg spraw z niewielką ilością wysięku, z krótkotrwałym przebiegiem, z wyglądem płynu pośrednim między surowicznym a ropnym, do statystyki tej wejść nie mógł. Wyeliminowanie postaci lżejszych wytworzyło statystykę o tak wysokiej odsetce śmiertelności.

II. Z PRACOWNI DYAGNOSTYCZNO - RENTGENOWSKIEJ DRA CZESŁAWA
BARSZCZEWSKIEGO W WARSZAWIE.

Zastosowanie promieni Roentgen'a w klinice cho- rób wewnętrznych.

Podał

Dr C. Barszczewski.

Odczyt wygłoszony na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie w dniu 20-go lipca 1909 roku
z pokazem radiogramów w obrazach niknących.

(Dokończenie, — Patrz Nr. 51).

Sz. PP. Jeżeli mamy mówić o analogii w układzie narządów wewnętrznych u chorych za życia i po śmierci, to według mnie należy układy te porównywać w warunkach analogicznych zarówno w ustroju żywym, jak i martwym: albo należy badać prom. X. chorych w postaci leżącej, albo też dokonywać sekcji *vice versa*!!

Wychodząc z tego założenia, przeprowadziłem cały szereg badań porównawczych na osobnikach zdrowych i chorych, stojących i leżących i zauważyłem, iż w pozycji leżącej układ narządów wewnętrznych klatki piersiowej zmienia się: płuca zmniejszają swą pojemność, serce i przepona podnoszą się dosyć wysoko; narządy zaś brzuszne, jako więcej ruchome, tem widoczniej zmieniają swe miejsce i kształty: żołądki nie tylko zdrowe i normalne, lecz nawet najbardziej zwiśnięte, które sięgają niekiedy dolną swą granicą do spojenia łonowego w postawie stojącej, podczas leżenia na wznak kurczą się i, o ile nie mają przeszkód ze strony sąsiednich narządów w postaci zrostów i zmian patologicznych, przybierają układ normalny, jaki spotykamy w atlasach anatomii opisowej.

Że tak bywa istotnie, przytaczam 2 bardzo ciekawe przypadki, które mam na myśli.

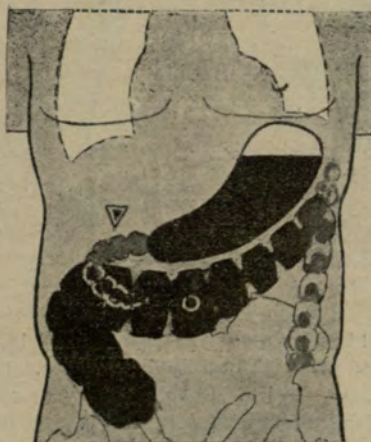
Pierwszy dotyczy szpitalnej chorej, którą badałem radiologicznie z rący wyczuwanego w okolicy żołądka guza. Stwierdzona przeze mnie *in vivo* ciężka gastroptoza, na sekcji nie została potwierdzona: przeciwnie, żołądek znaleziono skurczony, leżący pod lewą przeponą. Guz stanowiły zbliżone do siebie nerki, łatwo wyczuwane przez wychudzone powłoki brzuszne.

Drugi przypadek dotyczy neurastenika, który z rozpoznaną dyagnozą niezbyt ciężkiej gastroptozy, zdecydował się na operację w celu podniesienia zwiśniętego żołądka. Po otwarciu otrzewnej, operujący chirurg znalazł topografię trzew w normalnym stanie i zaszył otrzewną. Losy tego chorego nie są mi dalej wiadome.

Przykłady te oraz moje badania przekonywają mię, że układ narządów wewn., zwłaszcza brzusznych człowieka żywego chodzącego, jest inny, niż to widzimy w atlasach anatomicznych. Żołądek normalny inaczej leży i posiada inne kształty, okrężnica cała w najbardziej normalnych przypadkach inaczej przebiega dlatego, że obrazy te w atlasach anatomicznych są właśniebrane z postaci leżących.

Jeżeli dodamy, że żołądek, jako narząd błoniasty, pozbawiony prężności i stałych kształtów jest bardzo kłopotliwy do badania fizycznych właściwości *in cadavere*, to przy oględzinach lekarskich, o ile żołądek swym patologicznym wyglądem nie zwraca na siebie uwagi, to, nie będąc przedmiotem specjalnych dociekań, zwykle jest traktowany stereotypowo.

Ośmielam się przeto twierdzić, iż zdobycze na polu radiologii klinicznej nie stoją w sprzeczności z obserwacjami kliniki i nekroscopii; prze-



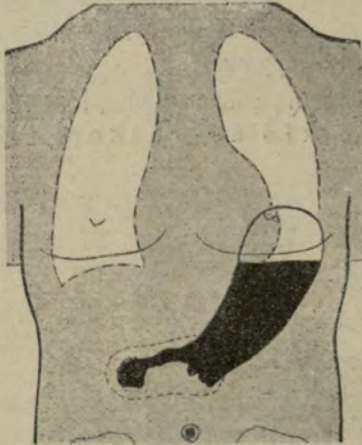
Rys. 10.

Rys. 10. Badanie kliniczne. M. K., lat 37, mężczyzna, badany 7-go maja 1909 r. Tęgi, dobrze odżywiony, *abusus in baccho*, przed 7-u laty słabe bole w dołku po jedzeniu: podejrzanie na *ulcus pepticum*. Po karlsbadzie poprawa. W trzy lata nawrót, znowu karlsbad i poprawa. Od roku stale występują bole codziennie w 3 $\frac{1}{2}$ godzin po obiedzie. Charakter bólów napadowy i rozchodzący się z pod wątroby w prawą łopatkę i kręgosłup. Brzuch wzdęty umiarkowanie, bolesny w prawem podżebrzu bliżej *linea alba*, lecz tylko podczas ataku bólów. *Obstipatio*. Rozpoznanie kliniczne: *Cholelithiasis*.

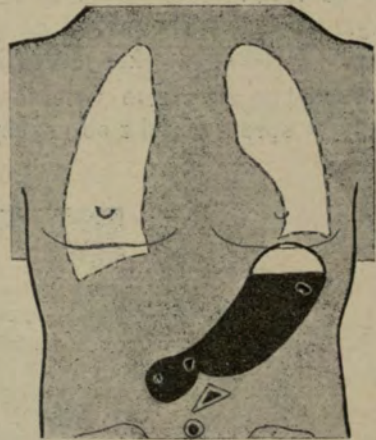
Badanie radiologiczne. Obraz na ekranie fluoryzującym. Obiad bismutowy. (*Bism. carb.* 40,0 w talerzu kaszy). Prześwietlenie powtarzane co kilka godzin i ostatecznie po 56-u godzinach po przyjęciu obiadu po jednoczesnem wypełnieniu żołądka bismutem w kefirze. Żołądek prawidłowy, spadzisty, przerzuca pokarm do *duodenum ad oculos* pod wpływem lekkiego masażu w okolicy odźwiernika. W *duodenum* pokarmy zatrzymują się dłużej nieco wskutek prawdopodobnych zmian w dwunastnicy (*ciatrices post ulcum*). Okrężnica *in parte ascendente et transversa dextra* znacznie więcej zawiera mas kałowych niż w innych odcinkach. Trójkąt oznacza, iż ból należy do dwunastnicy. Rozpoznanie radiologiczne: *Pseudocholelithiasis. Dilatatio coli ascend. et mesocoli dextri. Coprostasis.*

ciwnie, zdaniem mojem, znakomicie dopełniają je, rzucając jednak światło na faktyczne momenty tych objawów, które były nie spostrzegane albo nie doceniane.

W tych różnych przypadkach, jakie tu Sz. PP. przedstawiłem, próbowałem stosować środki lecznicze, jakie wskazywały mi te obserwacje, i, o ile mi się zdaje, osiągałem pewne rezultaty, przynoszące niekiedy większą pomoc i ulgę chorym. Wszakże liczba moich obserwacji jest jeszcze, jak to sam



Rys. 11.



Rys. 12.

Rys. 11. Badanie kliniczne: A. M., lat 51, rzeźnik, badany 27-go kwietnia 1909 r. Wychudzony, cera woskowa, powłoki brzuszne zwioteżałe. Pełność po jedzeniu, odbijania, brak apetytu, upadek sił, zaparcie stolca. Guzowatość wyczuwa się *in epigastrio*, bolesna na ucisk. Czasami wymioty zjeżdżałą zawartością. Rozpoznanie kliniczne: *Carcinoma ventriculi*.

Badanie radiologiczne. Obraz na ekranie fluoryzującym. Obiad bismutowy (15,0 Bism. i 300,0 kaszy gęstej). Prześwietlenie w pozycji stojącej zaraz po spożyciu obiadu i po 1-cj godz., po 2-u godz. i po 7-u godzinach powtarzane. *Pars pylorica* niewypełniona wskutek zmniejszonego światła odźwiernika przez nowotwór, linia punktowana oznacza guz wyczuwany klinicznie. Po 7-u godzinach prawie cały obiad znajduje się jeszcze w żołądku. Przerzuty nowotworowe w gruczołach śródpiersia, które wybitnie zaznaczają się na ekranie. Rozpoznanie radiologiczne: *Neoplasma malignum intraventriculare. Carcinoma*.

Rys. 12. Badanie kliniczne. J. W., lat 39, włóścianin, badany 9 go maja 1909 r. Dobre zbudowany, wygląd zdrowy. Przed rokiem bole w dołku zwłaszcza przy lekkim nawet ucisku rozchodzą się we wszystkie kierunki. Stolce zauważył ciemne, prawie czarne. Z porady lekarza ścisła dyeta usunęła cierpienie. Odtąd jednak bole stale odczuwa w tem samym miejscu, lecz słabsze. Pełność po jedzeniu, odbijania, zaparte stolce. Rozpoznanie kliniczne: *Gastritis acida. Ulcus pepticum*.

Badanie radiologiczne. Obraz na ekranie fluoryzującym. Śniadanie bismutowe (15,0 Bism. w szklance kefiru). Prześwietlenie w pozycji stojącej chorego. Żołądek wypełniony, prawidłowego kształtu i wielkości z przewężeniem *in parte pylorica*, która ma granice gładkie i ostre. Trójkąt oznacza miejsce bólu, który należy do żołądka. Rozpoznanie radiologiczne: *Cicatrix post ulcum pepticum ventriculi*.

różumiem, zbyt mała, aby mogła stanowić materiał dostateczny do jakiej stanowczej teorii, uważałem jednak za wskazane przedstawić Sz. PP. te skromne jeszcze wyniki moich badań i prosić, abyście zechcieli rozszerzyć tę pracę, stosując równoważne badania i notując je, pomnożyć ich liczbę, poklasyfikować je ściślej i dokładniej, niż ja to uczyniłem, dając rzecz *in crudo*, aby w ten sposób otrzymać materiał, któryby posłużył z jednej strony do wyświetlenia faktycznej genezy tej choroby, z drugiej zaś strony posłużył do wytworzenia racjonalnej terapii ku pożytkowi naszej wiedzy lekarskiej i cierpiącej ludzkości.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

168. Rolly. O wpływie ciepłoty gorączkowej na przebieg chorób zakaźnych.

Dotychczasowe poglądy na wpływ ciepłoty podniesionej w przebiegu chorób zakaźnych są dosyć sprzeczne. Z pomiędzy różnych zapatrywań wylania się już bądź co bądź ten pogląd pośredni, że podniesionej ciepłocie, obok działania jej ujemnego, w żadnym razie nie można odmówić i dobroczynnego działania. Gdy LIEBERMEISTER właśnie w podwyższonej ciepłocie upatrywał główne niebezpieczeństwo gorączki w chorobach zakaźnych i też na jej karb odnosił zwyrodnienia narządów mięsowych, zaburzenia w krążeniu i oddychaniu, objawy nerwowe i t. d., to CURSCHMANN, GERHARDT i inni na zasadzie doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych uznają szkodliwość gorączki nie z powodu towarzyszącej jej ciepłoty, lecz tylko wskutek działania samej przyczyny, gorączkę wywołującej. Przemawiać mają za tem choćby nierzadkie przypadki zupełnego wyleczenia z ciężkiego tyfusu, z długotrwałą wysoką ciepłotą, w których wcale nie stosowano zabiegów przeciwgorączkowych. Natomiast UNVERRICHT, NAUNYN i inni przypisują podniesionej ciepłocie nawet działanie dodatnie w walce z czynnikami chorobotwórczymi.

Porównyując wyniki doświadczeń własnych i innych autorów, jak LIRTEN'a, NAUNYN'a, WERBOWSKY'ego, rozpatruje autor kolejno zaburzenia w czynnościach fizjologicznych ustroju, z jakimi spotykamy się w chorobach zakaźnych z wysoką ciepłotą, i dochodzi do następujących wniosków.

1. Wzmógłony rozpad białka, towarzyszący zwykle tym sprawom, występuje z jednej strony wskutek podniesionej ciepłoty, z drugiej wskutek działania przyczyny, ją wywołującej; przy ciepłocie poniżej 40° C. rozpad ten zależy w większej części od zakażenia, aniżeli od podniesionej ciepłoty.

2. Utrata wagi ciała związana jest z jednej strony z wyżej wspomnianym wzmógłonym rozpadem białka, z drugiej zaś z brakiem apetytu i stąd niedostatecznym odżywieniem, występującym pod wpływem działania momentów zakażających, nie zaś podniesionej ciepłoty.

3. Czynność serca ulega dopiero następnie osłabieniu pod wpływem zaburzeń w krwiobiegu, wywołanych działaniem czynników zakażających; przyśpieszenie zaś krążenia krwi, towarzyszące zwykle wysokiej ciepłocie, uważa autor za sprawę, sprzyjającą usunięciu przyczyny zakażenia. Jednak wobec słabości serca i naczyń może ono stać się i groźnym objawem.

4. Objawy nerwowe, jak niepokój, ból głowy, bezsenność, zależą prawdopodobnie od wzmógłonej ciepłoty, lecz cięższe zaburzenia, jak utrata świadomości, bredzenie i t. d. mają bezwarunkowo swe źródło w infekcyi.

5. Wybitne zmiany w składzie krwi—w ilości hemoglobiny, w ilości ciałek czerwonych i białych—zależą od momentu zakażającego.

Jeżeli zatem spotykamy się w chorobach gorączkowych z wybitnie szkodliwymi objawami, to w małej tylko części znajdziemy ich źródło w podniesionej ciepłocie: przyczyną ich jest zakażenie ustroju jadami bakteryjnymi. Z drugiej strony, wedle ROLLY'ego, zgodnie z wynikami prac UNVERRICHT'a, PIPPING'a, MELTZER'a i wielu innych autorów, ciepłota gorączkowa zajmuje nawet jedno z pierwszych miejsc wśród szeregu czynników, broniących ustroj od szkodliwego działania infekcyi. Ilość aleksyna nie zmienia się wybitnie u zwierząt ogrzewanych do 40° C. Sprawa fagocytozy odbywa się najintensywniej właśnie przy ciepłocie 39,5°—40,0° C., co nawet jest dość dziwnem, boć przecież przypuszczałoby należało, że 37° C., t. j. ciepłota normalna powinna stanowić „*optimum*“ dla tej sprawy.

Ilość aglutynin, bakteriolizyn i antytoksyn też znakomicie wzrasta u zwierząt, ogrzewanych w cieplarkach do t° 40° C.

Jednym słowem, dzisiaj możemy śmiało powiedzieć, że podniesiona ciepłota przynosi daleko mniej szkody, aniżeli pierwej przypuszczano.

Dopiero przy ciepłocie powyżej 40° C. zauważyć można większy nieco rozpad białka, zmniejszenie siły żywotnej ciałek białych w ich czynności fagocytarnej. Stąd wynika i leczenie przeciwgorączkowe tylko wtedy, jeżeli ciepłota wznosi się ponad 40° C. i to zupełnie nie w celu przeciwdziałania samej ciepłocie, lecz w celu zapobiegania tym, związanym z nią objawom, które szkodę ustrojowi przynoszą.

(Münch. med. Woch. 1909, Nr. 5).

M. Gromski.

169. Vera Barankereff. Badanie doświadczalne nad wpływem gorączki na przebieg zakażenia.

Poglądy na znaczenie gorączki dla ustroju w przebiegu chorób zakaźnych rozmaicie się kształtowały. Zapatrywanie, jakoby gorączka jest zbawiennym odczynem ustroju na zakażenie, obalił LIEBERMEISTER; ale wraz z nowymi zdobyczami w dziedzinie bakterjologii, a zwłaszcza z zaobserwowanym faktem, że pod wpływem wysokiej ciepłoty zjadliwość drobnoustrojów maleje—wskrzeszony został przez niektórych badaczy dawny pogląd zwolenników gorączki. Inni jednak w dalszym ciągu zwalczali tę teorię, dowodząc, że to, co się odbywa „*in vitro*“, nie można przenieść na to, co się dzieje „*in vivo*“.

Dotychczasowe badania eksperymentalne z zamykaniem zwierząt w pomieszczeniach o wysokiej ciepłocie i zakażaniem ich rozmaitymi drobnoustrojami nie doprowadziły do wyników ostatecznych już choćby z tego względu, że takie przegrzewanie organizmu bynajmniej nie odpowiada warunkom, w jakich się znajduje gorączkujący ustroj, który sam ciepłotę wytwarza. Odpowiedniejszemi już się okazały doświadczenia, w których zapomocą nakłucia pewnej części mózgu [prawdopodobnie ośrodka regulującego temperaturę ciała] udaje się wywołać mniej lub bardziej wybitne podniesienie się ciepłoty; np. u królika w 4 godziny po tym zabiegu ciepłota podnosi się do 38°, 40°, a nawet do 42° C., trwa 2—4 ch dni, poczem zwierzę wraca do normy.

Autorka się przekonała, że w gorączkującym przez nakłucie ustroju—bakterje, które stale się znajdują w rozmaitych jamach każdego organizmu, dość szybko przenikają do krwi, rozmnażają się i następnie osadzają w rozmaitych narządach wewnętrznych [wątroba, śledziona, szpik kostny]; do autoinfekcyi jednak nigdy nie dochodzi, gdyż jakkolwiek błony śluzowe i ich naczynia stają się przepuszczalnemi dla bakteryi, jednak stopień jadowitości bakteryi zgoła się nie wzmaga.

W drugim szeregu doświadczeń autorka zaszczepiła królikom pneumobacyle FRIEDLAENDER'a, które w warunkach normalnych są dla nich zupełnie

nieszkodliwe; u królików gorączkujących wywoływały one stale silną ogólną infekcję z zejściem śmiertelnem. Ze wynik doświadczeń zależał od zmniejszonej odporności królików, a nie od spotęgowanej jadowitości drobnoustroju, dowodziły doświadczenia, że takie właśnie pneumobacyle z umierającego królika, przeszczepione zdrowemu w niczem nie zakłócały jego zdrowia.

W trzecim szeregu doświadczeń autorka posługiwała się takimi osłabionymi szczepami paciorkowców, które okazały się nieszkodliwymi dla królików; jeżeli jednak królik dzięki odpowiedniemu nakłuciu zaczął gorączkować, to także sam szczep paciorkowca wywoływał silne zakażenie.

Autorka więc dochodzi do przekonania, że gorączka jest zawsze dla organizmu szkodliwa, albowiem zmniejsza jego odporność, znosi jego niewrażliwość, ułatwia rozszerzenie się bakteryi po ustroju.

(*Zeitsch. f. klin. Med.* 1909, t. 68, z. 3—4).

A. Lande.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 17-go lipca 1909 r.

- TREŚĆ: 1) KOELICHEN: Referat: „Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy wodogłowiem wewnętrznym a nowotworem mózgu“.
2) HIGIER. „*Pseudotumor (NONNE) recidivans*“.
3) HIGIER i BREGMAN. „Przypadek *meningitidis serosae subacutae* albo nowotworu“.
4) BYCHOWSKI. „Przedstawienie preparatu anatomicznego nowotworu mózdzku i przysadki mózgowej“.

1) KOELICHEN odczytał rzecz p. t.: „O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy wodogłowiem wewnętrznym a nowotworem mózgu.“ Nazwę *meningitis serosa* użył po raz pierwszy BILLROTH w r. 1869, lecz dopiero prace EICHHORST'a, QUINCKE'go i BENINGHAUS'a ustaliły w nozologii surowiczą postać zapalenia opon mózgowych, jako oddzielną jednostkę chorobną. Postać przewlekła prowadzi do nagromadzenia się płynu w komorach mózgowych i łudząco przypomina nowotwór. Referent rozpatrzył etyologię tego cierpienia [choroby zakaźne ostre, uraz, syfilis], dalej rozpoznanie różniczkowe pomiędzy nowotworami a wodogłowiem nabytym [w drugim przypadku chwiejność objawów, wreszcie wyleczenie stałe, czego nigdy niema w nowotworach]. W końcu mowca przytoczył kilka własnych spostrzeżeń, dotyczących zapalenia surowiczego opon mózgowych i wykazał na przykładach trudności rozpoznania różniczkowego tego cierpienia.

2) HIGIER przedstawił chorą 28-letnią, u której przed półtora rokiem bez żadnej przyczyny zaczęły się rozwijać ciężkie objawy mózgowe: bole głowy, wymioty, senność, zawroty głowy, drgawki padaczkowe, bezład mózdkowy, osłabienie wzroku. Badanie wówczas wykazało obok powyższych objawów niedowład nerwów odwodzących oczy, tarcze zastoinowe, wybitne zmniejszenie siły widzenia. Przekłucie łądźwiowe wykazało płyn przy ciężarce ga-

tunkowym 1016, brak limfocytozy, brak prątków gruźliczych i $\frac{1}{5}\%$ białka. Wkrótce zaczęła występować poprawa i od 10-u miesięcy poza osłabieniem wzroku chora nie zdradza innych objawów. Chora podobno przechodziła taką samą chorobę przed 12-u i przed 7-u laty. Mowca rozpoznaje t. zw. *pseudotumor* [NONNE] lub *meningitis serosa*.

3) HIGIER i BREGMAN przedstawili chłopca 1-letniego, który przed 10-u miesiącami został uderzony kijem w głowę. Po kwartale wystąpiły objawy uciskowe mózgu: silne bóle głowy, nudności, wymioty, tętno arytmiczne, drżenie języka, mowa nosowa, drżenie kloniczne stopy, tarcze zastoinowe, bezład rąk i nóg. Po dwu miesiącach wszystkie te objawy z wyjątkiem tarczy zastoinowej znikły. Rozpoznanie się waha pomiędzy nowotworem mózdzku a wodogłowiem wewnętrznym.

4) BYCHOWSKI pokazał preparat anatomiczny nowotworu kąta mózdzku mostowego, drążącego w kierunku przysadki i uciskającego też przysadkę [patrz protokół posiedzenia poprzedniego].

W dyskusji z powodu poruszonych przez mowców tematów rozpatrywano wogóle objawy różniczkowe pomiędzy nowotworami mózgu a stanami pokrewnymi.

FLATAU: Trudności rozpoznawcze są bardzo poważne. Należy unikać stawiania szybkiego a złego rokowania. F. przytacza przykłady z własnej praktyki, w których stawał rozpoznanie wodogłowia, a sekcja wykazała nowotwór [patrz sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego]. W wodogłowiu uderza też częstość tarczy zastoinowej i zaników nerwów ocznych. Za zapaleniem surowiczem komór mózgowych, a przeciw nowotworowi przemawiają następujące punkty: rozwój objawów po urazie, bardzo silne bóle głowy, długie remisje, słaby niedowład nerwów odwodzących bez porażenia innych nerwów czaszkowych, objawy migrenowe w wywiadach. Wodogłowie występuje często u dzieci, zwłaszcza po odrze. Należy stosować w celach leczniczych przekłucie komór zwłaszcza u dzieci, gdzie są wyraźne oznaki wodogłowia i silne dawki kalomelu.

BIRO: *Meningitis serosa* najczęściej przypomina nowotwory mózdzku. Nagłe wystąpienie objawów przemawia przeciw nowotworowi.

BYCHOWSKI: Długotrwałość objawów mózgowych, oraz długotrwałe remisje nie wykluczają nowotworu [przypadki BRUNSA]. Bąblowiec może dać także przebieg [pęknięcie pęcherzy]. Gorączka przemawia za wodogłowiem. Przy wzmagającej się zastoinie należy stosować trepanację paliatywną.

HIGIER: Trudno uważać migrenę za objaw *meningitidis*. Ponieważ *oedema acutum angioneuriticum* zdarzyć się może wszędzie, więc i w naczyniach chłonnych mózgu; wywołać przeto może migrenę. Nerw odwodzący dlatego tak łatwo ulega porażeniu, że przylega do kości. Zapalenie opon mózgowych gruźlicze ograniczone może rozwijać się bardzo powoli i symulować nowotwór. Bąblowiec w okolicy IV-ej komory dawać może wahania, zależne od ucisku na kanał Sylwiusza i od wstrzymanego napływu cieczy komorowej. H. krytycznie rozpatruje stosowane w celu leczenia surowiczego zapalenia komór mózgowych i nowotworów t. zw. przekłucie spoidła wielkiego ANTON-BRAMANA, przy którym chodzi o wytworzenie sztucznej komunikacji pomiędzy płynem w komorach a płynem w przestrzeni podoponowej mózgowia, rdzenia i pochew nerwów rdzeniowych.

MĘCZKOWSKI: Może zbyt często obecnie rozpoznajemy zapalenie surowicze komór; za mało zwracamy uwagi na wywiady, na kolejność występowania objawów. Zniknięcie wszystkich objawów przemawia za *meningitis serosa ventriculorum*. Pozostanie niektórych objawów nie pozwala wykluczyć nowotworu.

BORNSTEIN, powołując się na własny przypadek, zestawia i uzasadnia to zestawienie migreny z wodogłowiem wewnętrznym.

GOLDFLAM: Sprawa ostrego wodogłowia wewnętrznego powstała kilkanaście lat temu po wielkiej epidemii influency. Badania QUINCKE'go poruszyły sprawę jego leczenia. Za tem cierpieniem w odróżnieniu od nowotworu przemawia: szybki rozwój, wczesna tarcza zastoinowa, chwiejność objawów. Trepanację stosują dziś zbyt pochopnie. Przekłucie komorowe w podobnym przypadku GOLDFLAMA spowodowało bezwład połowiczny z niemotą. Również widział wyniki ujemne od stałego drenowania komór mózgowych. Symulować nowotwór mogą też: *encephalitis hemorrhagica circumscripta*, *neurtis retrobulbaris*.

STERLING: W nowotworach mózgu psychika chorych podlega zmianie, w wodogłowiu zwykle nie przedstawia zmian żadnych. Symulować nowotwór może ostry obrzęk mózgu.

FLATAU powołuje się na przypadek *carcinomatosis* mózgu, w którym tylko mikroskop wykrył zmiany w istocie mózkowej.

St. Kopczyński.

Posiedzenie dnia 18-go września 1909 r.

- TREŚĆ: 1) KOPCZYŃSKI. Dwa przypadki syndromu NAGEOTTE'a-BABIŃSKIEGO.
2) KOPCZYŃSKI i JAROSZYŃSKI. Przypadek syndromu BENEDICTA.
3) HIGIER: a) *Poliomyelitis subacuta adultorum*.
b) *Poliomyeloneuritis subacuta*.
4) HIGIER, KOELICHEN i STERLING. Pokaz rdzenia z nowotworem wewnątrzrdzeniowym w części szyjnej (*chromatoforoma*).

1) KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił 2 przypadki NAGEOTTE'a-BABIŃSKIEGO.

Przypadek 1-szy. Mat., lat 33. W wywiadach syfilis. Przed 4-ma laty nagle zawrót głowy, dwojenie się w oczach, chwiejność chodu, nudności i wymioty. Przedmiotowo wówczas w szpitalu Ś-go Ducha stwierdzono: chód z charakterem niedowładu, sztywności i bezładu w stanie nieznacznym, ale z zataczaniem się w lewo; znieczulenie na ból, ciepło i zimno na prawej połowie tułowia od stóp do trzeciego międzyżebra, i na lewej połowie twarzy, zwężenie lewej szpary ocznej i źrenicy, porażenie lewej struny głosowej. Język zbaczał nieco na lewo. Po latach 4-ch stan niemal bez zmian, pomimo leczenia specyficznego.

Przypadek 2-gi. D., lat 64. Przed 4-a miesiącami nagle zachwiał się, poczuł zdrtwienie lewej połowy twarzy, palenie w prawem udzie, nie mógł dobrze odkaszlnąć płwociny; chodząc, zataczał się w lewo. Przedmiotowo: chory zatacza się w lewo, *thermoanalgesia cruciata*, zwężenie lewej szpary ocznej i źrenicy, porażenie lewej połowy krtani, zboczenie języka w lewo.

W obu przypadkach K., rozpoznaje ograniczone ognisko rozmięknienia, w rdzeniu przedłużonym po stronie lewej w następstwie zakrzepu w stwardniającej art. *cerebelli inf. poster*.

W dyskusji FLATAU podkreślał, że ścisła lokalizacja tak złożonego syndromu objawów, to zdobycz ostatnich kilkunastu lat; często też w tych przypadkach spotykamy silne parestezye, jak w *syndrome thalamique*.

STERLING i HIGIER zaznaczali, iż niesłusznie zbiór ten objawów mowca nazwał syndromem NAGEOTTE'a-BABIŃSKIEGO, gdyż już WALLEMBER'a wcześniej go opisał i powoływali się na własne przypadki. W odpowiedzi mowca podkreślał, że NAGEOTTE-BABIŃSKI pierwszy w tym obrazie klinicznym zwrócili

uwagę na objawy ze strony nerwu sympatycznego, a badania anatomiczne przeprowadzili w r. 1902.

2) KOPCZYŃSKI St. i JAROSZYŃSKI T. przedstawili przypadek syndromu BENEDICT'a.

Dziecko 1 $\frac{1}{2}$ -roczne, w końcu pierwszego roku życia przebyło *keratitis*, od 3-ich miesięcy skręcenie gałki ocznej prawej na zewnątrz, następnie opuszczenie powieki, rozszerzenie źrenicy, od 2-u miesięcy lekki niedowład lewej nóżki i rączki i nieustanne w niej drżenie. Przedmiotowo *hemiparesis alternans c. nervo oculomotorio*, które wraz ze drżeniem stanowi t. zw. syndrom BENEDICT'a. Świadczy to o zajęciu odnogi mózgowej. Drżenie i oczopląs] zależy zapewne od zajęcia jądra czerwonego.

W dyskusyi FLATAU zaznaczał, iż pseudo-Jackson'owskie drżenie, objawy zbliżone do *myocloniae*, być może, zależą od zajęcia rozpatrywanych okolic.

KOPCZYŃSKI St. powołuje się na własny sekcyjny przypadek, gdzie guz tej okolicy dawał objawy drżenia pseudo-Jackson'owskiego.

HIGIER wspomina o własnych dwu przypadkach syndromu BENEDICT'a, powstałych ostro. W drugim H. stwierdził hemianopsję, co świadczyło o zajęciu *corp. genicul. exter.*

3) HIGIER: a) przypadek *poliomyelitis subacutae adultorum*.

53-letni mężczyzna przed 5-u miesiącami poczuł stopniowo wzmagające się osłabienie prawej ręki, potem lewej nogi, potem znów lewej ręki. Choroba szybko postępuje naprzód. Obecnie ruchy pasa barkowego po obu stronach niemal zniesione, zanik drobnych mięśni kiści, chód *steppage*. Odruchy ścięgnowe osłabione. Drganie i częściowy odczyn zwyrodnienia w zanikłych mięśniach. Czuć zachowane. Wobec charakteru elekcyjnego zaników, zmian w oddziaływaniu na prąd elektryczny, drgania włókienkowego, H. rozpoznaje *poliomyelitis subacuta adultorum*, postać względnie rzadką.

W dyskusyi FLATAU nie widzi różnicy pomiędzy ostrą a podostrą postacią tego cierpienia. Rokowanie często bywa niezłe.

KOELICHEN powołuje się na własny przypadek niemal identyczny.

BORNSTEIN stawia tu rokowanie gorsze, niż u dzieci.

GOLDFLAM i KOPCZYŃSKI St. widzą możliwość rozwoju tu *sclerosis lateralis amyotrophicae*, zwłaszcza wobec tendencji do objawu BABIŃSKIEGO.

b) HIGIER. Przypadek *poliomyeloneuritis subacutae*.

14-letni chłopiec przed 5-u miesiącami miał dreszcze, gorączkę, potem zaczął doznawać stopniowo osłabienia wszystkich kończyn. Chwilami były objawy dwojenia się w oczach, krztuszenia się. Od 3-ich miesięcy pewna poprawa. Dość znaczne osłabienie wszystkich mięśni, bolesność pni nerwowych, lekki bezwład rąk, zniesienie wszystkich odruchów ścięgowych. Dotyk i zmysł bolowy zachowany. Pobudliwość na prąd elektryczny osłabiona. H. rozpoznaje tu postać mieszaną: *Poliomyeloneuritis subacuta*.

W dyskusyi KOPCZYŃSKI potwierdza rozpoznanie, przypomina własny przedstawiony w sekcyi podobny przypadek 14-letniej dziewczynki i zaznacza, że mieszane formy rozpoznajemy zbyt rzadko.

STERLING podnosił stosunek tego cierpienia do porażenia LANDRY'ego.

4) HIGIER, KOELICHEN i STERLING przedstawili rdzeń chorego, zmarłego wskutek nowotworu wewnątrzrdzeniowego.

Przypadek był dwukrotnie przedstawiany w sekcyi. W części dolnej szyjnej i górnej grzbietowej znaleziono nowotwór *chromatofroma*. Nowotwór miał punkt wyjścia w zgrubieniu szyjnym i stamtąd rozrastał się ku górze i ku dołowi, niszcząc tkankę nerwową. Nowotwór zawierał masę czarnego barwika; pośrodku nowotworu była widoczna jama. Na przedstawionych skrawkach drobnowidzowych widać było, że nowotwór składa się z wrzecionowatych komórek mięsakowych, ugrupowanych współśrodkowo dokoła na-

czyń wypełnionych czarnym barwikiem. Komórki te w miarę przepelnienia ulegają rozpadowi.

W dyskusji HIGIER dowodzi, że zarówno przebieg przypadku, jak i zachowanie pooperacyjne nie upoważniały do rozpoznania za życia nowotworu zewnątrzrdzeniowego. Poprawa znaczna po operacji dowodzi, że w podobnych przypadkach *laminectomy* działa jak trepanacja paliatywna, ułatwia bowiem rozrastanie się uciśniętego rdzenia.

FLATAU podnosi nadzwyczajną rzadkość przypadku: w literaturze znany jest tylko jeden przypadek chromatoforomatu rdzenia, dalej zaznacza wielkie trudności operowania nowotworów wewnątrzrdzeniowych: dotychczas tylko w jednym przypadku dało się wyluszczyć z pomyślnem zejściem nowotwór, usadowiony wewnątrz rdzenia,

KOPCZYŃSKI Sr. zaznaczał, iż rozpoznając za życia syryngomyelię, był zdaje się bliżej prawdy, zwłaszcza wobec jam, znalezionych w rdzeniu, niż ci, co rozpoznawali nowotwór zewnątrzrdzeniowy. Bole w syryngomyelii do rzadkości nie należą.

St. Koczynski.

Posiedzenie dnia 23 go października 1909 r.

- TREŚĆ:
- 1) SKŁODOWSKI. Przypadek ostrego bezładu.
 - 2) WIZEL. „Klownizm psychiczny w przypadku psychozy maniakalno-depresyjnej“.
 - 3) JAROSZYŃSKI T. „Przypadek rozdwojenia osobowości“.
 - 4) FLATAU i STERLING. „Przypadek padaczki pochodzenia mięsistego“.
 - 5) STERLING. „Przypadek napadów pseudogastrycznych“.
 - 6) HIGIER. „*Poliomyelitis subacuta adultorum*“.

1) SKŁODOWSKI przedstawił przypadek ostrego bezładu.

Chora, lat 35, przed 2-ma laty nagle po przebytych tyfusie zauważyła osłabienie i trzęsienie ciała. W ciągu roku trzęsienie i osłabienie mięśni karku i rąk stopniowo zmniejszało się; od kilku miesięcy chora chodzi, aczkolwiek z trudnością. Przedmiotowo stwierdzić można niepewność chodu: charakter chodu jest bezładny, jednak zamknięcie oczu nie pogarsza chodu. Poza lekkim oczopląsem żadnych zaburzeń w sferze ruchowej, czuciowej, odruchowej nie stwierdzono. Wobec nagłego rozwoju choroby, wobec wybitnego bezładu ruchowego i statycznego w kończynach dolnych, oczopląsu mówca przyjmuje bezład mózdkowy, różniczkując go z bezładem mózgowym, mózgowo-rdzeniowym i obwodowym.

W dyskusji STERLING wobec braku innych objawów mózdkowych, wobec pewnych objawów spastycznych rozpoznaje stwardnienie wielogniskowe, które mogło rozwinąć się nagle po tyfusie, jako po chorobie zakaźnej.

KOELICHEN nie kwestyonuje bezładu mózdkowego.

2) WIZEL: „Klownizm psychiczny w przypadku psychozy maniakalno-depresyjnej“.

Chory, lat 64, od 18-u lat cierpi na napady psychozy maniakalno-depresyjnej. Oprócz tego przedstawia nietypowe objawy choroby PARKINSON'a [pewna sztywność mięśni, chód, mowa monotonna]. W psychozie chorego mówca stwierdza objawy, nazwane przezeń „klownizmem psychicznym“. Klownizm ten polega na wybitnej skłonności do arlekinady, przypominającej błazeństwa klownów cyrkowych. Chory mówi ze śmieszna emfazą, przeżywa komiczne otoczenie, przedrzeźnia lekarzy, zabawnie się krzywi, komicznie się śmieje, po błazeńsku się gniewa, udaje i wieszcznie płata figle. Klownizm psychiczny to wypadkowa dwu stanów psychicznych: chorobliwego ustroju

i upośledzenia inteligencji. Ten zespół objawów spotykamy często w starszej manii. Dawniejsi bliźni to byli psychopaci, dopiero z czasem powstał typ zawodowego bliźnia, kopiującego psychopatę.

W dyskusji ŁAPIŃSKI podnosi obecność u chorego otępienia na tle miażdżycy tętnic.

FLATAU podkreślał rzadkość podobnych stanów psychopatycznych, przedstawiających mieszaninę rozmaitych stanów; F. spotykał podobny klownizm psychiczny u dzieci zwyrodniałych.

HIGIER i STERLING kwestyonowali obecność w danym przypadku objawów choroby PARKINSON'a.

3) T. JAROSZYŃSKI. „Przypadek rozdwojenia osobowości“.

Rozdwojenie referent demonstruje na posiedzeniu, przeprowadzając chorobę z jednego stanu psychicznego do drugiego zapomocą hipnozy. Okazuje się, że chora w jednym stanie [A], nie pamięta tego, co robiła w drugim [B], nadto jeden stan od drugiego różni się nastrojem humoru, całem zachowaniem się [w jednym jest przygnębiona, w drugim wesola]. Stany te od roku występują samoistnie. Dawniej różnica tych stanów była bardzo wybitna, gdyż w stanie B miewała napady nerwowe, była silnie podniecona pod względem seksualnym, obecnie różnica jest mniejsza, gdyż wskutek leczenia chorej systemem psychoanalizy FREUD'a, stany A i B na parę tygodni połączyły się ze sobą, potem zaś nastąpił nawrót rozdwojenia, jednak już mniej wyraźnego. Przypadek ten jest przyczynkiem do teorii histeryi w pojęciu FREUD'a, jak bowiem wynik psychoanalizy wykazuje, rozdwojenie nastąpiło wskutek urazu o charakterze seksualnym, podlegającego „stłumieniu“ (*Verdrängung*) w psychice chorej i doprowadzającego do rozdwojenia, które można zrozumieć w ten sposób, że chora w stanie B przeżywała pewne przykre wspomnienia z przeszłości, wyparte ze świadomości [t. j. ze stanu A], dając w sposób nie-normalny ujście podnieceniu seksualnemu [konwersja FREUD'a], co się uzwętrzniało w napadach nerwowych, rozbieraniu się do naga i t. p. Przypadek ten będzie szczegółowo po pewnym czasie opisany.

W dyskusji ORŁOWSKI zaznacza, że zna chorą z zakładu swego, jako bardzo wybitną histeryczkę.

WIZEL podnosi rzadkość przypadków rozdwojenia osobowości.

HIGIER mówił o zamroczeniu umysłu, występującego po stanie hipnotycznym.

KOELICHEN zaznacza możność wyszkolenia chorej w tym kierunku.

STERLING podkreśla możliwość rozdwojenia osobowości wskutek autosugestyi po hipnozie.

BORNSTEIN podnosi zlewanie się stanów A, A₁, A₂ ze sobą, co wytworzyło odrębną osobowość i przechodzenie ze stanu A w stan B bez hipnozy.

JAROSZYŃSKI odpowiada, iż stany A i B różnią się pod względem nastroju, charakteru. Autosugestyę w stanie B możemy wykluczyć już choćby z tego względu, że chora w tym stanie dopuszczała się czynów, które jej szkodziły.

4) FLATAU i STERLING. „Przypadek padaczki pochodzenia miażdżycowego“.

48-letni mężczyzna na pół roku przed zapisaniem się do szpitala, a na 13 miesięcy przed śmiercią zaczął doznawać w odstępach parotygodniowych napadów padaczkowych, w których następstwem pozostawało osłabienie lewych kończyn. Od roku osłabienie wzroku w lewym oku, stopniowo się potęgujące. *Lues negatur*. W szpitalu stwierdzono nieregularne kontury i nieruchomość źrenic, zanik lewego nerwu ocznego, niedowład spastyczny lewostronny. W płynie mózgowo-rdzeniowym nie znaleziono limfocytozy. Odczyn WASSERMANN'a był ujemny. W szpitalu pamięć słabła pomimo frykcyi; ataków parę

miesiący nie było. Potem ataki powróciły z następczą dezorientacją, przytępieniem władz umysłowych. Na dzień przed śmiercią atak apoplektyczny z porażeniem prawych kończyn. Sekcja wykazała wybitną miażdżycę naczyń mózgowych. Na przecięciu w lewej okolicy ciemieniowej stwierdzono olbrzymi krwotok, prócz tego rozmięknienie krwawe w prawej okolicy ciemieniowo-skroniowej. Naczynia przylegające do lewego nerwu wzrokowego, (*art. carotis int.*), wybitnie zgrubiałe. Mowcy podnoszą trudności różniczkowe przypadku.

W dyskusji GOLDFLAM zaznaczył, że bez badania mikroskopowego nie sposób wykluczyć syfilisu mózgu.

5) STERLING WŁ. „Przypadek napadów pseudogastrycznych“.

Chłopiec 12-letni, mocno obciążony pod względem neuropatycznym, miewa napady silnych bólów brzucha. Podczas takiego napadu niemal odchodzi od przytomności. Po ataku nie pamięta co się z nim działo. Przy końcu jednego z napadów, spostrzeganych w szpitalu, przedstawiał szereg objawów histerycznych. Przedmiotowo u chłopca nic patologicznego znaleźć nie można. Mowca różniczkuje przypadek ten pomiędzy padaczką a histeryą. Nie odrzuca też możliwości przyjęcia specjalnej nerwicy, za czem przemawiają spostrzeżenia włoskiego autora LEVI-BIANCHINI'ego.

W dyskusji GOLDFLAM i BIRÓ uważają chorego za histeryka i wprowadzanie innej nazwy uważają za zbyteczne.

FLATAU zna inne podobne przypadki, których nie można jednolicie tłómaczyć.

HIGIER wspomina o podobnych napadach silnych bólów głowy u dzieci histeryków.

KOPCZYŃSKI ST. przypomina o t. zw. neuralgiach trzewowych (*neuralgia visceralia*), zależnych jużto od nerwobolu spłotu słonecznego, jużto od miażdżycy tętnic brzusznych. Być może w danym przypadku chodzi o sprawę naczyńioruchową.

6) HIGIER przedstawił drugi przypadek *poliomyelitis subacutae adultorum*.

60-letni mężczyzna zdrow przedtem, od 9-u tygodni bez wszelkiej przyczyny zaczął doznawać stopniowo potęgującego się osłabienia prawej ręki, potem lewej ręki, potem zaczął występować niedowład obu dółnych kończyn. Przedewszystkiem stwierdzić można zanik mięśni rozrzucony, zwł. w mięśniach drobnych obu rąk, w mięśniach łopatek, ramion; w zanikłych mięśniach częściowy odczyn zwyrodnienia i drgania włókienkowe. Odruchy ścięgnowe prawidłowe. Wobec początku podostrego, braku etyologii, rozwoju choroby skokami, charakteru elekcyjnego niedowładów, zmian ilościowych i jakościowych w pobudliwości elektrycznej, niedowładów, poprzedzającego zaniki, drgań włókienkowych, braku zaburzeń czuciowych, mowca rozpoznaje *poliomyelitis subacuta adultorum*.

W dyskusji GOLDFLAM i KOPCZYŃSKI nie wykluczają możliwości *sclerosis lateralis amyotrophicae*, zwł. wobec pewnej tendencji do objawu BABIŃSKIEGO.

Stanisław Kopczyński.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

XXVI posiedzenie naukowe dnia 1-go października 1909 r.

I. Doc. NOWICKI. „Ostatnie badania nad nadnerczakami“. Prelegent omawia badania nad gruczołami wewnętrznego wydzielania,

szczególnej nad nadnerczem, zwracając uwagę na szczególne znaczenie układu chromochłonnego dla patologii ludzkiej i na jego zachowanie się w różnych stanach chorobnych.

II. PROGULSKI przedstawia preparat z zapalenia wyrostka robaczkowego u 18-miesięcznego dziecka, wycięty operacyjnie i omawia przebieg kliniczny cierpienia.

W dyskusji zabierali głos: prof. HERMAN i doc. NOWICKI.

III. LITWINOWICZ O. przedstawia preparat raka górnej części przełyku, przebijającego do tchawicy.

W dyskusji zabierał głos prof. BARĄCZ, mówiąc o doświadczalnym wycięciu dolnej części przełyku.

XXVII posiedzenie naukowe dnia 8-go października 1909 r.

I. LITWINOWICZ O. przedstawia przypadek zaburzenia głosowego w zakresie rejestru piersiowego, które wystąpiło po wyjęciu protezy zębowej z górnej części przełyku. W dyskusji przemawiali: STACHIEWICZ i prof. JURASZ.

II. Prof. HERMAN. „O leczeniu zatorów tętnicy płucnej sposobem TRENDLENBURGA“. Omawia etiologię zatorów i sam zabieg operacyjny—*arteriotomiam*. Prelegent jest zwolennikiem tej operacji, pomimo, iż żaden operowany dłużej po niej nie żył.

W dyskusji zabierali głos: prof. GLUZIŃSKI i OBTUŁOWICZ, zapatrując się sceptycznie na wartość tej ryzykownej operacji, szczególnie wobec przypadków samowyleczenia zatorów.

III. PIŁEWSKI przedstawia ogromne kamienie nerkowe, wydobyte z jego własnych nerek drogą operacyjną i kreśli przebieg swojej choroby.

XXVIII posiedzenie naukowe dnia 22-go października 1909 r.

I. SELZER M. „Sprawozdanie z wyników leczenia osobników gruźliczych w uzdrowisku ludowym w Hołosku“. Rezultatem był przyrost na wadze i przyniesienie chorych do odpowiedniego zachowywania się. Wniosek: i na nizinach można budować uzdrowiska dla gruźliczych.

II. KRAFF. „Kilka uwag w sprawie uzdrowisk ludowych“. Jeden chory, licząc koszt urządzenia uzdrowiska w Hołosku, kosztował dziennie 4 korony 91 halerzy. Koszta można obniżyć przez wystawienie stałych baraków.

W dyskusji zabierali głos: STACHIEWICZ, MIKULSKI i prof. WICZKOWSKI.

XXIX posiedzenie naukowe dnia 29-go października 1909 r.

I. Prof. ŁUKASIEWICZ przedstawia: b) chorą z *lupus erythematosus agrogatus*; b) chorą z *acne bromata*; c) chorego z *sarcoma idiopathicum multiplex*; w dyskusji przemawiali: RUFF i prelegent.

II. RYDYGIER [junior] przedstawia: a) chorego po wyjęciu drogą *oesophagotomia externa* protezy zębowej z przełyku; b) chorą z nawrotem *strumae malignae*.

III. Prof. WICZKOWSKI przedstawia chorobę z *polyserositis*. W dyskusyi zabierali głos: MÜNZER, SELZER M., prof. GLUZIŃSKI.

IV. Prof. GLUZIŃSKI wygłasza: „Kilka uwag o obrazie klinicznym w okresie przejściowym u kobiet (*climacterium*) w związku z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego gruczołów bez przewodu“. [Patrz Gaz. Lek. Nr. 46]

Prelegent mówi o tem, że w *climacterium* wraz z zanikiem organów płciowych występują bądź anatomiczne, bądź funkcyjne zmiany [zahamowanie] w wydzielaniu gruczołu tarczowego, co prowadzi do silniej lub słabiej wyrażonych objawów *myxoedema*. W tym też okresie leczenie pastylkami tyreoidyny okazywało prelegentowi bardzo dobre skutki.

W dyskusyi zabierali głos: SELZER M., prof. MARS i prelegent.

V. MAHL [junior] przedstawia srebrny, łatwo się gnący zgłębnik do cewki moczowej, który może zastąpić zgłębnik gumowy.

W dyskusyi zabierali głos: LEŃKO, LESZCZYŃSKI i prelegent.

VI. JEDLIČKA przedstawia chorobę z *angiosarcoma* twarzy.

XXX posiedzenie naukowe dnia 5-go listopada 1909 r.

I. CZYŻEWICZ [jun.] przedstawia chorobę 67-letnią z wypadniętą macicą, na której rozwija się dużych rozmiarów rak.

II. Prof. RACZYŃSKI mówi o nowoczesnych urządzeniach w klinikach dziecięcych wogóle, oraz o urządzeniach nowo zbudowanej kliniki dziecięcej na 22 łóżka.

III. Po odczycie obecni zwiedzali nowozbudowaną klinikę, przyczem objaśnień udzielał prof. RACZYŃSKI, zaś prof. MARS i prof. RYDYGIER podnosili wzorowe urządzenia kliniki.

J. Hornowski.

Wiadomości bieżące.

— Wskutek ostatecznej rezygnacyi kol. doc. J. PRUSZYŃSKIEGO ze stanowiska redaktora naszego pisma, grono współwłaścicieli Gazety na posiedzeniu ogólnem w d. 14-m b. m. powołało na redaktorów: kol. A. PUŁAWSKIEGO i W. STARKIEWICZA, którzy obowiązki swe zaczną spełniać od 1-go stycznia. Do czasu zatwierdzenia formalności urzędowych, Gazetę podpisywać będzie redaktor dotychczasowy.

— Lwowski Tygodnik Lekarski, pismo wychodzące od 4-ch lat, założone przez profesorów wydziału lekarskiego we Lwowie, będzie od Nowego Roku wychodziło w zwiększonych rozmiarach. Było ono dotąd organem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, od Nowego Roku zaś staje się także organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Pismo ma służyć przedewszystkiem potrzebom lekarzy praktykujących, ale umieszczać będzie również w osobnym dziale prace z zakresu krytyki lekarskiej, pragnąc rozpoczęte w Warszawie a przedwcześnie zaniechane wydawnictwo prowadzić w dalszym ciągu. Współpracownictwo w tym dziale przyrzekli dawniejsi wydawcy Krytyki Lekarskiej. Lwowski Tygodnik Lekarski zawarł z naszą redakcją układ, którego mocą prenumeratorowie Gazety Lekarskiej mogą zamawiać w naszej redakcyi Lwowski Tygodnik Lekarski po cenie niższej do 4-ch rubli, a prenumeratorowie pisma Lwowskiego odbierać mogą Gazetę Lekarską za

odpowiednio zniżoną cenę. Wymiana pism niewątpliwie przyczyni się do poznania i pogłębienia naszego ruchu naukowego lekarskiego.

— Zmarły d. 20-go listopada dr ŻŁOBIKOWSKI zapisał 20,000 rubli, od których procent przeznaczyl na opłatę wpisów za dzieci, sieroty lub półsieroty po lekarzach. Rozporządzać będzie zapisem tym Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

— Przypominamy, że termin nadsyłania życiorysów do „Słownika lekarzy polskich“, przygotowywanego przez redakcyę „Medycyny“, upływa 1-go stycznia 1910 r.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 5-go do 11-go grudnia r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 94 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 30, odrą 2, ponicą 9, błonicą 8, różą 11, tyfusem brzuszny 14, tyfusem plamistym 11, grypą 7 i biegunką krwawą 2.

W tymże czasie zmarło osób 14, mianowicie: na ospę 3, odrę 1, ponicę 1, różę 3, tyfus brzuszny 3, błonicę 2 i biegunkę krwawą 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 5-m grudnia wynosiła 3035, w dniu zaś 11-m grudnia 3025 osób.

OD REDAKTORA.

Zajęcia, wymagające usilnej pracy w pewnym wytkniętym kierunku, skłoniły mię ostatecznie do zrzeczenia się godności redaktora Gazety Lekarskiej, z którą przez lat kilkanaście ścisłymi złączony byłem węzłami jużto jako członek redakcyi, jużto jako sekretarz, wydawca, redaktor Odczytów klinicznych, wreszcie jako redaktor odpowiedzialny Gazety Lekarskiej.

Te dowody zaufania, wielokrotnie okazywane mi ze strony współwłaścicieli Gazety Lekarskiej, nakładały też na mnie ciężkie obowiązki, którym wszelkiemi siłami zadość uczynić pragnąłem. Środki pisma i warunki pracy naukowej u nas nie pozwoliły mi nawet w części spełnić zakreślonego zadania; mam jednak to przeświadczenie, że w Gazecie Lekarskiej odzwierciedlały się kierunki twórczości polskiej w dziedzinie nauk lekarskich w licznych cennych przyczynkach i oryginalnych pomysłach, skreślonych przez autorów ze wszystkich ziem polskich, wśród których pierwszorzędne znajdują się nazwiska.

Czcigodnemu gronu współpracowników tak miejscowych jako też i tych, którzy z poza kordonu pomocną i przyjacielską dłońią wspierali nasze usiłowania, śię najserdeczniejsze podziękowanie.

Żegnając, jako redaktor, Szanownych Czytelników, składam swój urząd w ręce nowo wybranych redaktorów z gorącym życzeniem, aby pod ich światłym kierunkiem pismo nasze rozwijało się coraz pomyślniej przy bardziej niż dotąd sprzyjających warunkach i aby szerzyło zachętę do dalszej owocnej pracy w oczekiwaniu lepszego jutra.

Pruszyński.

Do dzisiejszego numeru dołącza się „Katalog Wydawnictw Kasy im. dra JÓZEFA MIANOWSKIEGO za rok 1909“.

Redaktor, Doc. Dr J. Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



Tannismut

mutu i tanniny.

(Dwugarbnikan bizmutu) skuteczny, łatwy w użyciu i tani środek ściągający; stosuje się w chorobach kiszek, łączy działanie bis-

Gastrosan

następstwach, w zaburzeniach żółci z powodu wzmożonego wydzielania i w niezbytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Dwusalicylan bizmutu, działa znakomicie przy objawach nieprawidłowego gnicia i wzdęcia w przewodzie pokarmowym i ich następstwach, w zaburzeniach żółci z powodu wzmożonego wydzielania i w niezbytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Unguentum Heyden

do dyskretnych kuracji za pomocą wcierań ręki; szczególnie przydatna dla kobiet, dzieci i do leczenia dopelniającego. Nie plami ani skóry, ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichtynat

ichtyolu.

Ammonium ichtynat Heydena, z tyrolskiego węgla rybiego, znacznie tańszy od

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, niezytu żołądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2—3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2—3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Wyszło z druku i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło dla lekarzy praktyków p. t.

„ZARYS OKULISTYKI”

napisał D-r **BRONISŁAW ZIEMIŃSKI**

ordynator Instyt. Oftalm. im. Edw. Ks. Lubomirskiego

(stron 410 z 161 rysunkami w tekście i 4 kolorowymi tablicami litograficznymi).

CENA rub. 3.

Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ

D-r med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie, w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli.

Cena 2 rb. kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

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

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

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

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

Otwarta prenumerata na rok X(II) (1910)

Przeglądu Filozoficznego

Rocznie: w Warszawie rb. 4, na prowincji rb. 5.

Pismo, mające zapewnione współpracownictwo wszystkich wybitniejszych pracowników na polu filozofji, stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnej polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch filozoficzny w ogóle.

KAŻDY ZESZYT ZAWIERA

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Artykuły oryginalne | 6. Sprawozdania |
| 2. Przegląd nauk szczegółowych | 7. Przegląd czasopism |
| 3. Przegląd krytyczny | 8. Wiadomości bieżące i notatki |
| 4. Przegląd systematów współczesn. | 9. Biblijografię |
| 5. Autoreferaty | |

Redaktor i wydawca Dr. Władysław Weryho

Warszawa, ul. Smolna 15, tel. 169-62. Redakcja otwarta od godz 4-ej — 7-ej.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełko opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

Wyszły z druku i są do nabycia w Administracyi Gazety i w księgarniach

Odczyty Kliniczne Ser. XVIII.

№ 205. 206. 207.
Cena kop. 90.

Zasady żywienia dzieci

napisał D-r St. Kamieński

№ 208. 209.
Cena kop. 60

O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamiey nerkowej niepowikłanej.

napisał D-r J. Skłodowski

№ 210.
Cena kop. 30.

Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej.

napisał D-r A. Sokołowski.

Skład główny w Księgarni E. Wendego i S-ki (T. Hiż i A. Turkuł).

ZAKŁAD DLA NERWOWYCH I UMYSŁOWO CHORYCH

(dawniej K. Zielińskiego) ul. Górską № 6 za rogatką Belwederską przeszedł w inne ręce i został znacznie rozszerzony i udoskoniony.
Cony: 2 — 3 — 4 rb. dziennie. Kierownik lekarski Dr. P. Pręgowski. ordynator szpitala Ś-go Jana Bożego w Warszawie.

ISTNIEJĄCY OD ROKU 1892

DOM ZDROWIA DLA CHORYCH CHIRURGICZNYCH,
GINEKOLOGICZNYCH I ORTOPEDYCZNYCH.

Dra E. Reichsteina w Warszawie

Leszno 38. Telef. 2208.

Bordighera

(Włoska Riviera)

15 Października—Maj

Hotel i Kurhaus Cap Ampeglio



Właściciel
J. Künzler.

dla chorych dotkniętych cierpieniami żołądka
kiszek, nerek, serca, nerwowymi i zaburzeniami
w przemianie materii.

Postępowanie indywidualne, leczenie dyetetycz-
ne, elektroterapia, hydroterapia we wszelkich
postaciach w nowowybudowanym zakładzie wo-
dolecznicy. Prospekty.

Kierownicy zakładu:

Radca dworu Dr. Schwoerer-Bedenweiler

Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr

b. wieloletni asystent prof. von Noorden'a w Wiedniu

Gruźlica i inne choroby zakaźne są wykluczone.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



LEYSIN

na linii Symplońskiej Szwajcarya
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte francuska
Grand Hotel Pensyonat od 12 fre.
Montblanc } łącznie z } „ 11 „
Chamossaire } lecze- } „ 9 „
Anglais } niem } „ 11 „

4 Sanatoria:

Specyalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie-
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie. **Dyrekcya**



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę

artretyzm

Reprezentant: **Ch. Fortier**

Moskwa

Passaż Dżamgarowych N-r 27.

RUBINAT LLORACH



Naturalna woda mineralna

nagrodzona medalem złotym na wystawie Paryskiej w r. 1900

**Najlepszy
środek przeeczyszczający**

Żądać na etykiecie
podpisu Arger et C-ie

Dozwolony w Państwie Rosyjskiem przez Zarząd Lekarski
d. 12 Sierpnia 1908 r. za Nr. 821.

Znani Lekarze francuscy i zagraniczni od lat przeszło 30-tu
zalecają wodę Rubinat Llorach w zaparciach nawykowych i chwilo-
wych, w uderzeniu krwi, otyłości, w zaburzeniach narządów tra-
wienia, w chorobach wątroby i innych. Dawka normalna: pół szklanki
(powiększać ją nieco można, zależnie od przypadku). Do nabycia we wszystkich
aptekach i w składzie aptecznym Henryka Welta Przejazd Nr. 5 w Warszawie.

Pp. Lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie próby wody Rubinat Llorach.
Z zadaniami zwracać się należy do składnika Henryka Welta Przejazd Nr. 5.
w Warszawie.