

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y.

w Warszawie: {	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi {	rocznie.....	rs. 6	
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		i w Cesarstwie {	półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25		z przesyłką:		

Cena ogłoszeń: Po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce.
Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny.—w Paryżu M. L. C. Adam 8r rue eps Saints-Pères

Telefonu Redakcyi Nr. 461.

OGŁOSZENIA.

Alfabetyczny spis ogłoszeń znajduje się na II stronie.

TRZCIŃSKI, URBANOWICZ i RÓŻYCKI

Wata i Gaza
hygroskopijne i
naśycane, **Ban-
daże, Ceratka** do
kompresów, **Pa-
pier** synapismo-
wy, **Vlinsii Thap-
sia, Plastry** sma-
rowane, **Dezyn-
fektor** ścienny
samo-działający
(niezawodny
środek na mole).

(136) 26—2

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH

LABORATORYUM

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

i

FABRYKA

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

Krakowskie-Przedmieście N. 17

wprost kościoła po Karmelickiego

w WARSZAWIE

Sprzedaz hurtowa i detaliczna

Ceny najniższe.

Oliwa najlep-
sza Nicejska i do
palenia, **Esencya**
octowa, **Woda**
Kolońska, **Per-
fumy** zagranicz-
ne i krajowe, **My-
dła** toaletowe i
lecnicze, **Wody**
mineralne, **Tran,**
Benzyna do czy-
szczenia i pale-
nia oraz **wszel-
kie** materiały a-
pteczne.

APTEKA

Główny skład wód mineralnych naturalnych i fabryka wód sztucznych. Lekar-
stwa specjalne zagraniczne i krajowe

S. GRABOWSKIEGO

ulica Bielańska Nr. 19

w WARSZAWIE.

(59)—26—12

Ano 208/53/13

Alfabetyczny spis ogłoszeń zamieszczonych w Nr. 38.

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Arnold, skład dywanów	IV	Mattoni, wody mineralne	VIII
Baumgart, kasy ogniotrwałe	VI	Pawełek, magazyn futer	II
Do nabycia w administracji Medycyny	II	Podolski dr. dentysta	VII
Grabowski, apteka	I	Reczyński, skład apteczny.	III
Hebda, środki odżywcze	V	Stowarzyszenie Merkury, wina	VII
Iwański, apteka	VII	Szonert, drzeworytnik	VII
Jarnuszkiewicz, apteka	V	Trzeźński, skład apteczny	I
Jacobsen, dentysta	V	Tsiń-Lun, skład herbaty	VII
Karczewskiego, zakład obłąkanych	III	Vichy, wody mineralne	V
Kasprowicz lekarz dentysta	III	Vichy, pastylki do trawienia	III
Kleki, apteka	III	Waręski, materiały apteczne	V
		Wenda i Wiorogórski, apteka	V
		Wiesbadeńska sól	VI

MAGAZYN FUTER i KONFEKCYI DAMSKIEJ

JAKÓBA PAWEŁEK

ulica Czysta Nr. 6 w Warszawie.

Zaopatrzoney w wielki wybór wszelkiego rodzaju futer w najlepszym gatunku dla dam i panów. Przyjmuje obstalunki na sezon bieżący i zimowy na wszelkiego rodzaju okrycia damskie jako to: **rotundy** paryskie, **palta**, **zakiety** angielskie i wykonywa takowe podług najświeższych żurnali paryskich i wiedeńskich z własnych i powierzonych materiałów. Wielki wybór **mufek**, **kołnierzy**, **boa**, **czapek** damskich i męzkich **po cenach umiarkowanych**.

Magazyn mój z powodu szczerzego sklepu przeniosłem do obszerniejszego lokalu na parter w podwórzu wprost bramy w tym samym domu **Czysta Nr. 6.** (137) 10—3

DO NABYCIA

w Administracji Medycyny

Dr. **Fr. Penzoldt**. Podręcznik Farmakologii Klinicznej. Spolszczył dr. A. Fabian, za rs. 3, z przesyłką pocztową rs. 3 kop. 50.

Dr. **Hammond** z New Yorku. Niemoc płciowa u mężczyzn i u kobiet, przekład dra J. Starkmana, za kop. 75, z przesyłką pocztową rs. 1.

Dr. v. **Hacker**. Wskazówki do przeciwnilnego leczenia ran. Spolszczył dr. Al. Fruchtman, za 40 kop., z przesyłką pocztową 60 kop.

Dr. v. **Goehlert**. Siła rozplodowa człowieka, przełożył dr. J. Starkman, za 30 kop., z przesyłką pocztową 60 kop.

Dr. v. **Krafft-Ebing**. Zboczenia umysłowe na tle zaburzeń płciowych. Numery Medycyny zawierające powyższą pracę, za rs. 1 kop. 20, z przesyłką pocztową rs. 1 kop. 50.

Dr. **H. Dobrzycki**. Rzut oka na naukowo-społeczną działalność Tytusa Chałubińskiego, za 60 kop., z przesyłką pocztową 75 kop.

III
SKŁAD APTECZNY
A. RECZYŃSKIEGO

Dzika Nr. 30, w Warszawie

Poleca: materiały apteczne, środki opatrunkowe, oliwy i trany. (10)—52—34

ZAKŁAD LECZNICZY
DLA UMYSŁOWYCH CHORYCH I NERWOWYCH
w Kowanówku pod Obornikami
w W. Ks. Poznańskim,

W uroczej okolicy, wśród najkorzystniejszych warunków higienicznych położony, we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychiatrii i neuroterapii zaopatrzone, z wygodami wszelkiego rodzaju elegancją i komfortem urzędowy, przyjmuje każdego czasu na kuracją chorych płci obojczy.

Na żądanie prospekta z warunkami.

52—31

Dr. Winklewski.

Dr. Karczewski.

KASPROWICZ Lekarz Dentysta

Królewska 6.

(37)—52—26

APTEKA WŁADYSŁAWA KLICKIEGO

Złota 29.

Stale zaopatrzone w wina lecznicze, środki opatrunkowe, specyalia krajowe i zagraniczne, wody mineralne naturalne i sztuczne. (52)—38—24

VICHY

ADMINISTRACJA W PARYŻU

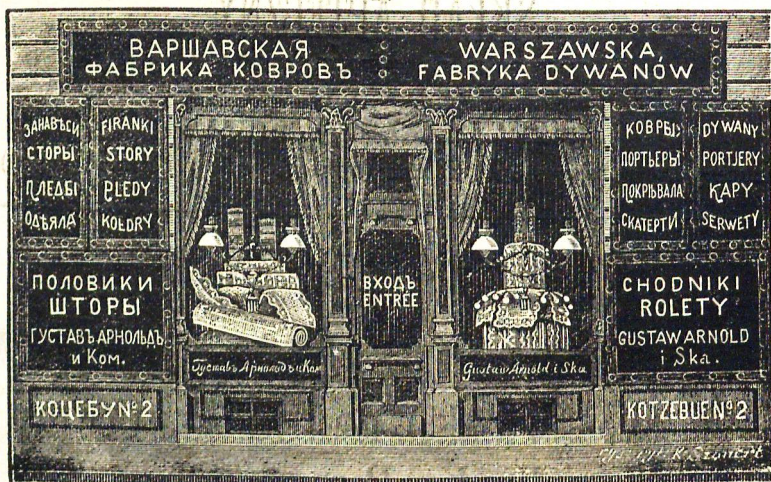
8 Boulevard Montmartre.

Pastyłki do trawienia, wytworzone u źródeł z Soli Vichy. Przyjemnego smaku.

Sole Vichy do kąpiei, paczka wystarcza na kąpiel dla osób, które nie są w stanie udać się do Vichy.

Dla uniknięcia fałszerstwa, żądać należy, aby na wszystkich produktach znajdowały się znaki Kompanii Wód Vichy.

Dostać można w Warszawie w aptekach: PP. D-ra T. Heinricha, Kucharszewskiego, Lilpopa, Sołtykiewicza, Ed. Koope, L. Ziemińskiego, w Kownie u Klimowicza i w Brześciu Litewskim u Górskiego. (34)—30—25



GUSTAW ARNOLD I S^{KA}

róg Wierzbowej **Kotzebue 2** róg Wierzbowej

НАЙТАՃШЫ SKŁAD

Dywanów, Chodników,

Portyer, Serwet i Kap.

Najtrwalsze Firanki od kop. 12.

Chustki Zimowe po rs. 3,50.

Chustki Himalaya po rs. 5,50.

Koldry welniane po rs. 2 do 20.

Obicia meblowe tkane po k. 30 do 90.

Kretony meblowe po kop. 30 lokieć.

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Czyrak i wąglik. Przez St. Radziszewskiego.—Streszczenia i przekłady. 143. O diagnostyce cierpień narządu moczopłciowego. 144. O stosowaniu antypiryny przeciwko incontinencii urinae u dzieci. 145. Salipyrina przeciwko influenzy. 146. Nystagmus u górników. 147. Nowy środek antypiretyczny i znieczulający—Chlorek phenokolu. 148. Pięć przypadków porażenia akomodacji po zatruciu mięsem.—Odczyty. Prof. Scommola. Przyczynki doświadczalne do patogeny białkomoczu przy chorobie Brighta i zapalenia nerek. Sprawozdawca F. Arnstein.—Stódny międzynarodowy kongres dla Hygieny i Demografii. I. O odporności. Wykład prof. d-ra Hankin'a Streścił dr. Władysław Chodecki.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Czyrak i Wąglik

(Studyum kliniko-bakteryologiczne).

Przez St. Radziszewskiego (z Ciecchanowca).

Czyrak (*furunculus*) i Wąglik (*Antrax*) przedstawiają cierpienia bardzo pokrewnej natury, tak że podług BILROTHA z anatomicznego punktu widzenia guz antraxowy uważać należy za skupienie w jednym miejscu wielkiej ilości czyraków. Co do czyraka to owe cierpienie znane i odróżniane już było w czasach głębokiej starożytności, u CELSA' A naprzykład znajdujemy następującą dosyć szczegółowy opis ¹⁾.

„Czyrak jest to guzieczek zaostrozony, połączony z zapaleniem i bólem, osobliwie kiedy zaczyna się ropienie. Po otwarciu guzika i opróżnieniu ropy, w centrum daje się spostrzegać kawałek tkanki, poczęści zepsutej, poczęści przeistoczonej w ropę, kolor owego kawałka—białawy, lub czerwony, stanowi on to, co nazywamy rdzeniem czyraka (*quem ventriculum quidam furunculi nominant*). Czyrak nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, nawet w razie gdy go pozostawimy bez żadnego leczenia, ponieważ dojrzewa i otwiera się zwykle sam, jednakże z racyi iż sprawia ból dotkliwy, lepiej go leczyć, żeby przyspieszyć wyzdrowienie. Specyficzny środek w danym razie stanowi *Galbanum*, lecz dobre są i inne, które wyżej wymienione zostali, w braku owych środków należy zastosować plaster bez tłuszczu, gdy i ten zawodzi możemy użyć jakibądź środek, powodujący ropienie, gdy i tego nie mamy pod ręką, stosujemy smołę lub drożdże. Raz opróżniliśmy ropę wszelkie środki są zbyteczne“.

Co do kwestyi czy i wąglik był również dobrze znany starożytnym, zdania są podzielone. Niektórzy wygłaszali opinię że pod nazwą *phyma* opisany został *Antrax* przez CELSA. HIPPOKRATES używa słowa *phyma* w ogóle dla oznaczenia gruźelka, GALENUS oznacza tem mianem cierpienia gruźelków, wykazujące

¹⁾ A. C. Celsus, artium liber sextus, idem medicinae V, Caput XXVIII.

dążność do przejścia w ropienie, ROGER—węglik, des ETANGES—ropień naciekowy, pp. LITRÉ i ROBIN (*dict. de méd.*) uważają iż wyraz *phyma* nieda się zastosować w znaczeniu ściśle określonym. Również w opisie *Carbunculus*, Θρῖβωμα, *ulcus chironium* etc. ¹⁾ nie możemy odnaleźć cech właściwych węglikowi, dokładna zaś charakterystyka *p. malignae*, zgodność onej z formą chorobną podaną przez PLINIUSZA ²⁾ każą wątpić żeby węglik był brany za jedno ze wzmiankowanem cierpieniem.

Opisy jakie znajdujemy u nowszych autorów wcale nie dowodzą iżby pojęcie o węgliku w zupełności się ustaliło:

BOYER ³⁾ rozróżnia *furunculus*, *antrae benignus et malignus*. RICHERAND ⁴⁾ zwyczajny czyrak, guz pochodzący od zlewania się wielu czyraków, *Antrae* i *pust. malignum*, jako odmianę *anthracis*. Różnica pomiędzy dwoma ostatnimi cierpieniami, zdaniem autora polega na tem, że węglik zależy od przyczyn wewnętrznych, zaś *p. maligna* od zakażenia z zewnątrz.

VIDAL de CASSIS ⁵⁾ ostro zaznacza różnicę jaka zachodzi pomiędzy czyrakiem i węglikiem, chociaż z punktu widzenia anatomicznego uważa *antrae* jako konglomerat czyraków, różnica podług niego polega na następujących klinicznych danych. *Antrae* zjawia się w postaci pojedynczego guza—czyrak w liczbie mnogiej, rzadko daje się obserwować węglik u dzieci, daleko zaś częściej u osób dorosłych, biednych, osłabionych i starców. Czyrak nie oszczędza żadnego wieku. Węglik najczęściej ukazuje się w porze letniej, wybiera też same miejsca co i czyrak, jednakże przeważnie sadowi się na plecach, gorączka częściej mu towarzyszy niż czyrakowi. Węglik napotyka się pod dwoma postaciami:

1. W formie małego skórno-węzła, który na razie wcale nie daje pojęcia o wielkości guza w jaki się ma następnie przeistoczyć.

2. W formie gruzelka, o szerokiej podstawie, który będąc w zaczątku, może dać powód do mniemania że mamy do czynienia z czyrakiem, wierzchołek posiada miękki w postaci gwóźdź. Ta druga forma daleko jest niebezpieczniejszą od pierwszej, postęp jej jest bardzo gwałtowny, w 9—10 dni guz może osiągnąć 10 cali w obwodzie, nie jest on bardzo wydatny, lecz nacieczona jego podstawa głęboko się wdraża w tkanki, długo jest twardy.

NÉLATON ⁶⁾ powiada że jedynie wielkość stanowi istotną różnicę pomiędzy węglikiem i czyrakiem, która przecież nie upoważnia wcale do ustanawiania oddzielnego opisu, jeżeli zaś to czyni w swoim dziele, to jedynie przez wzgląd żeby nie zboczyć od przyjętego ogólnie szablonu. Szerzenie się węglika po powierzchni NÉLATON przyrównywa do rozlanej flegmony.

¹⁾ A. C. Celsus loc. cit.

²⁾ Plinius lib. XXVI (éd. Littré).

³⁾ Boyer. *Traité des maladies chirurgicales* 3-me édit. T. II p. 43—64. Paris 1822.

⁴⁾ Richerand. *Nosographie et thérapeutique chirurgicale* V-me édit. T. I p. CCXXVII. Paris 1821.

⁵⁾ Vidal de Cassis. *Traité de Pathologie externe et de médecine opératoire*. Paris 1851 p. 551—556.

⁶⁾ Nélaton, *éléments de pathologie chirurgicale* 2-me édit. T. I, p. 505. Paris 1868.

BILROTH ¹⁾ jako ważną cechę węglika podaje skłonność do szerzenia się w obwodzie. Na zasadzie twardego nacieczenia tkanek, że process obiera sobie siedlisko jedynie w skórze i tkance łącznej podskórnej, szczerząc mięśnie, koście, naczynia etc., że często prowadzi do obumierania tkanek, uważa go za difterytyczne zapalenie tkanki łącznej podskórnej.

Czyrak z anatomicznego punktu widzenia przedstawia ostre włóknikowe zapalenie, pierwotne siedlisko którego znajduje się w gruczołach potowych, być może także łojowych skóry, również w otaczającej je tkance łącznej. Zapalenie szybko powoduje obumarcie tkanki i oddzielenie jej za pomocą odgraniczającego zapalenia. Obumarła część tkanki samoistnie lub za pomocą uciskania wydziela się w postaci żółtawego rdzenia, poczem zapalenie ustaje i defekt wypełnia się w zwykły sposób. Oddzielenie rdzenia następuje około 5-go dnia i cała sprawa przebiega typowo. Badając klinicznie widzimy w tem lub owem miejscu tworzenie się mniejszego lub większego guza, którego główne cechy tak dobrze są już opisane przez CELS'A, guzik może być pojedynczy lub pojawia się w kilku exemplarzach z tą przysłowiem: *quand on a un clou on est sûr d'en avoir neuf*. Niekiedy czyraki pojawiają się na raz w wielkiej ilości stanowiąc formę chorobną znaną pod ogólną nazwą *furunculosis*.

O b s e r w a c y a I. Mężczyzna w średnim wieku ze wsi Pelchu, przybył do mnie z racyi cierpienia nogi, które trwa już parę tygodni, podczas pierwszego badania chorego znalazłem: na górnej powierzchni lewej stopy twarde, rozlane, bolesne obrzmienie wielkości dłoni; zabarwienie chorej powierzchni skóry—brudno-sinawe, z dwóch niewielkich otworków, znajdujących się na krańcach obrzmienia, z trudnością mogłem wycisnąć kilkanaście kropel gęstej ropy. Zgłębnik zaprowadzony do otworków wszędzie natrafia na skórę podminowaną. Pierwiastkowo sądziłem że mam do czynienia ze zwyczajną zaniedbaną flegmoną, chociaż blado-sinawe zabarwienie skóry i twarde nacieczenie mocno mnie zastanawiało. Otwory w skórze połączyłem cięciem poprzecznym, jamę owrzodzenia oczyściłem ze strzępów obumarłej tkanki łącznej, poczem nałożyłem stosowny opatrunek. Chory odjechał do domu. Kiedy wrócił powtórnie znalazłem że rana zrobiła się daleko większą, brzegi są trochę zaczerwienione, mocno nacieczone, zgrubiałe, podniesione nad poziom skóry. Dno i brzegi owrzodzenia pokryte są mocno przylegającym szarawo-słoninowatym nalotem, od którego oczyścić je trudno, granulacyi nie widać; w ogóle owrzodzenie ma wygląd miękkiego szankra, wydzielina skąpa. Tuż w pobliżu owrzodzenia na wałeczkowato-wzniesionym brzegu, widać atramentowego koloru, miękki guziczek, pokryty odstałym naskórkiem, łatwo weń mogłem wdążyć lapis, poczem na drugi dzień utworzyło się nowe owrzodzenie, zupełnie podobne do głównego.

Podczas pobytu chorego stosowałem opatrunki jodoformowe które w niczem nie zdawały się zmieniać wyglądu rany, następnie zacząłem penszlować powierzchnię owrzodzenia *ol. thebintinae rectific.* skutek zdawał się być nieco lepszym, w niektórych punktach zaczęły się tworzyć granulacye. Wreszcie

¹⁾ Bilroth. Lekeye ogólnej chirurgicznej patologii i terapii.

pod wpływem opatrunków z *Zinc. Salicilie*. owrzodzenie bardzo powoli, jednakoż się zagoiło. Szczególny, wyżej zaznaczony wygląd owrzodzenia, długie trwanie, szerzenie się w obwodzie, twardy nasięk, w ogóle nie typowy przebieg sprawy zapalnej długo stanowił dla mnie zagadkę. Kwestya, z jaką sprawą chorobną mieliśmy w danym razie do czynienia, wyjaśniła się zupełnie przypadkowo. Szczegóły podaję w następującej obserwacji.

O b s e r w a c y a II. Opatrując raz chorego, o którym wyżej była mowa, przez prędkość zapomniałem zdjąć mankiety, brzeg mankietu, zsuwając się, dotknął owrzodzenia i z lekka powalał się ropą, podczas ruchów ręki ustawicznie pocierał skórę, w rezultacie czego po kilku dniach, w okolicy tak zwanej anatomicznej tabakierki zanotowałem obecność małego żółtawego pęcherzyka, pęcherzyk był mętny, bez żadnego zagłębienia w środku, wielkości prosa. Byłbym wcale nań nie zwrócił uwagi, tylko że sprawiał ból przykry piekący, wcale nie proporcjonalny do wielkości pęcherzyka. W bardzo prędkim czasie na około krostki utworzyła się szeroka zapalna obwódka i skóra w tem miejscu stwardniała, zaczerwienienie przyjęło następnie odcień sinawy, stwardnienie stało się coraz bardziej wydatnem, przeistoczyło się wreszcie w wyraźny guz wielkości orzecha włoskiego, guz nie przestawał wzrastać, szerząc się w części obwodowej, był twardy mało bolesny—dotykając doń palcem, doznawałem takiego wrażenia jakbym dotykał np. do ścierniętej pozbawionej czucia nogi. Aczkolwiek rdzeń się nie tworzył, pęcherzyk zasechł i ropienia widać nie było, nie śpieszyłem się z użyciem odpowiednich środków, sądząc że mam do czynienia ze zwykłą wrzodzianką; ograniczyłem się tylko na przykładaniu ciepłych kataplazmów żeby zmniejszyć uczucie naprężenia w tkankach jakiego doznawałem. Po przeciągu dwóch tygodni, zapewne poczęści wskutek wpływu okładów, guz doszedł do wielkości srebrnego rubla, był siny wydatny, w podstawie mocno twardy, w środku rozmiękł cokolwiek. Przypatrując się uważniej, zanotowałem że w tem miejscu gdzie był pęcherzyk i w pobliżu, uformowały się niewielkie otworki, z których przy mocnym ucisku zdołałem wyjąć kilka kropel gęstej ropy. Wprowadziwszy do otworków oczny nożyk Webera. przekonałem się iż takowy łatwo drąży w gąbczastej treści guza i daje się przeprowadzić w rozmaitych kierunkach. Za pomocą nożyka otworki złączyłem. Podczas owych manipulacji zanotowałem że tkanki w które wpychałem nożyk zupełnie były pozbawione czucia; za pomocą nożyczek zrobiłem głębsze cięcia krzyżowe, przy tem również nie czułem bólu. Rozkrój guza przedstawił się oczom moim jako massa gąbczasta, czerwona, miękka, naszpikowana białawymi kłaczkami tkanki łącznej, jak pieczeń ze słoniną; ująwszy kłaczek pincetą nie można go oderwać, widocznie znajduje się jeszcze w ścisłym związku, z resztą substancji guza; utworzywszy guz, ropy znalazłem bardzo mało. Wzdłuż ramienia i przedramienia zanotowałem długie czerwonawe prążki, wskazujące bieg naczyń limfatycznych, pod pachą gruczoł chłonny obrzmiał i stał się bolesny, do tego przyłączyło się znaczne obrzmienie przedramienia, niespokojny sen i umiarkowana gorączka. W obec wspomnianych objawów i ciągłego powiększania się guza nie ulegało wątpliwości że rozwinał się process zapalny nietypowy—mianowicie wąglik, który

powstał niewątpliwie wskutek przeniesienia ropy, pochodzącej również z wąglikowego, rozlanego zapalenia stopy. Inokulacya nastąpiła bez naruszenia całości naskórka; jedynie przez wcieranie pierwiastku zaraźliwego. Dotychczas w praktyce, napotykaając wąglik, ograniczałem się na zrobieniu głębokich cięć na krzyż. Widziałem że wynik owego postępowania nie zawsze był zadawalniającym—ropienie i oczyszczanie się rany trwało bardzo długo, bóle ustępowały powoli. Zastosowałem więc w danym razie kilkakrotne przypalenie żelazem. W rezultacie utworzył się gruby, czarny strup, stan gorączkowy, podrażnienie naczyń limfatycznych, obrzmienie przedramienia i gruczolu szybko znikły. Po odpadnięciu strupa, owrzodzenie miało pozór zwykłej, granulującej rany, zagoiło się w dosyć prędkim czasie przy zastosowaniu maści wazelino-karbolowej.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

143. Dr. Aleksander PEYER. **O diagnostyce cierpień narządu moczopłciowego.** Jednym z niewątpliwie najważniejszych zadań lekarza praktyka dla postawienia dokładnego rozpoznania cierpień układu moczopłciowego, jest dokładne i drobiazgowo zebranie wywiadów (*anamnesis*). W tym celu zaleca autor stawianie następujących pytań choremu:

I. Częstość oddawania moczu.

Prawie przy wszystkich poważniejszych cierpieniach organów moczowych spotykamy się z parciem do oddawania moczu; objaw ten występuje również zawsze, skoro własności uryny uległy pewnej zmianie przed dojściem jej do pęcherza, czy jest więc zanadto zgęszczoną lub rozcieńczoną, za kwaśną lub alkaliczną. Wyjątek od tego pravidła stanowią zwężenia cewki moczowej, (*strictura urethrae*) przy których ten symptom późno się objawia, jak również i jej zapalenia. W tych przypadkach parcie na mocz występuje dopiero wtedy, kiedy zapalenie przeniosło się na tylną część cewki moczowej t. j. szyjkę pęcherza moczowego. Po zbadaniu dokładnem częstości oddawania uryny, musimy, jeszcze dowiedzieć się, kiedy chory mianowicie najczęściej urynę oddaje: 1) W dzień czy w noc; ostatni objaw jest charakterystycznym dla starczego przerostu gruczolu krokowego (*hypertrophia senilis prostatae*). 2) Przy spokoju, czy przy ruchu? Ostatni objaw dowodzi obecności kamienia pęcherza moczowego. 3) Należy dowiedzieć się, czy inne okoliczności również jaki wpływ w tym kierunku wywierają, np. pobudzenia psychiczne, a dalej oziębienie nóg lub wypicie szklanki wina albo filiżanki kawy? W takim przypadku zwłaszcza gdy uryna jest jasna, mamy prawdopodobnie do czynienia z podrażnieniem pęcherza.

II. Główne pytanie dotyczy bólu.

Gdzie jest mianowicie jego siedlisko i jaki ma charakter? Czy występuje przed lub po urynowaniu? Uczucie ciśnienia lub ból nad spojeniem łonowem przed aktem urynowania, a ustępujący w trakcie tegoż jest charakterystyczny dla kataru pęcherza lub jego podrażnienia. Przy zapaleniu gruczolu krokowego (*prostatitis*) i kamieniach pęcherza ból siedzi zwykle w żołądźci (*glans penis*); występuje on w końcu oddawania uryny, kiedy opróżniający się pęcherz kurczowo się zaciska koło bolesnego gruczolu krokowego. Dla tego to zapalenie gruczolu krokowego często biorą za kamień pęcherza moczowego. Przy tym ostatnim znika ból, skoro uryna nagromadziła się w znacznej ilości i oddzieliła kamień od błony śluzowej pęcherza. Jeżeli występuje gwałtowny kurcz w okolicy pęcherza zanim chory zacznie urynować, to pęcherz

jest rozciągniętym i chce się pozbyć swej zawartości. Podobny objaw może wystąpić i przy próżnym pęcherzu, jeżeli znajduje się w nim ciało obce, którego napróżno chce się on pozbyć. Przy zwężeniach cewki moczowej ból siedzi często w miejscu zwężonym, co łatwo bardzo wykazać, jeżeli każemy choremu urynować a następnie ściśniemy do tego stopnia cewkę moczową, że tylko bardzo cienki strumień wypływać może; przez to powstaje w zwężonym miejscu gwałtowny ból. Bóle w okolicy nerkowej wzmagające się przy ruchach, nachylaniu się lub dłuższem staniu są wywoływane przez kamienie nerkowe lub dłużej trwające utraty nasienia i wynikające ztąd podrażnienie mlecza. Przy pierwszych ból jest zwykle jednostronny i promieniuje do biodra i okolicy pachwinowej strony cierpiącej; przy ostatnich zaś jest on obustronnym i wzmaga się zwłaszcza po nocnych utratach nasienia lub przy odejściu stolca.

III. Jakie własności posiada strumień moczu?

Czy jest on cienkim, czy grubym, czy się kręci lub załamuje, czy spada łukowato, czy też prostopadłe? Przy zwężeniach cienkość strumienia pozostaje w prostym stosunku do stopnia zwężenia. Przy nieznacznych zwężeniach strumień moczu załamuje się, jest pokręcony i w ogóle nieprawidłowej formy; przy bardzo zaś znacznych—uryna odpływa kroplami i trzeba silnego bardzo napierania ze strony chorego, by te krople połączyły się w cienki strumień. Również i przy przeroście gruczołu krokowego strumień może być bardzo cienki; nie ma on jednak żadnej siły rzutu, tylko spada poziomo a napieranie nie zwiększa strumienia, jak to ma miejsce przy zwężeniach. Poziome opadanie strumienia moczu widzimy również przy neurastenii płciowej. Nagłe zatrzymanie się uryny rzadko zdarza się przy kamieniach pęcherzowych, jak to podaje znakomity znawca tego przedmiotu THOMPSON; a przecież było ono uważane za objaw patognomiczny dla tego cierpienia. Częściej spotykać się możemy z tym symptomem przy kurezu mięśnia zwieracza pęcherza, który zdarza się często przy neurastenii płciowej. Mniej lub więcej obfite wyciekanie uryny po skończonym akcie urynowania, jeżeli nie jest zależnem od zmian organicznych cewki moczowej, ma za przyczynę osłabienie mięśniowe.

IV. Pytanie ma za cel wykazanie chemicznych własności uryny.

W tym celu autor zaleca choremu nie tylko przynieść z sobą urynę we flaszeczce, ale każe mu ją oddać w swej obecności do drugiej flaszki. W ten sposób unika się błędów wynikających z pomieszania kataru pęcherza z chroniczną *urethritis posterior*.

V. Czy krew odchodzi z uryną?

Krew pochodzić może z nerek, z pęcherza lub z cewki moczowej. Przy krwotoku nerkowym pochodzącym po większej części z naczyń włosowatych i który dla tego nigdy prawie nie bywa obfitym, uryna ma właściwy jakby przypalony wygląd. Pochodzi to ztąd, że każda kropla wypływającej krwi mieszana się w nerkach z większą ilością uryny i pozostaje z nią długo w zetknięciu. W skutek tego to czerwone ciała krwi ulegają rozpadowi w okrągłe twory a nadto pozbywają się swego tlenu, przez co zamiast czerwonego, występuje brunatne zabarwienie. Dłużej trwające krwotoki nerkowe spotykamy najczęściej przy ostrym zapaleniu nerek, a dalej przy chorobach zakaźnych i wysypkach krwotocznych, przy chorobach naczyń i kamieniach nerkowych. Bardzo obfite krwotoki nerkowe są w ogóle bardzo rzadkie i zdarzają się przeważnie przy obrażeniach (*trauma*) i nowotworach jak np. przy raku (*carcinoma*). Krwotoki z pęcherza moczowego budzą w ogóle podejrzenie żył pęcherza, przy bardzo ostrych zapaleniach tego organu i przy wnątrzakach (*distoma haematobium*). Przy krwotokach z pęcherza moczowego powstają czasami tak znaczne skrzepy krwi, że bez znacznego zmniejszenia się nie mogą

przejsć przez cewkę moczową i wywołują ciągle parcie na moc. Rozpoznanie różniczkowe krwotoków pęcherzowych i nerkowych opiera się na tem, że najprzód staramy się skonstatować obecność lub nie kataru pęcherza moczowego i od jakiej przyczyny mianowicie zależeć on może, przyczyny bowiem krwotoków pęcherzowych jak nowotwory, kamienie powodują zwykle i katar chroniczny pęcherza. Jeżeli jednocześnie wykluczylismy istnienie cierpienia nerkowego, to mamy rozpoznanie gotowe. Krwotoki z szyjki pęcherza moczowego widzimy mianowicie przy tryprach zwłaszcza w późniejszym okresie, również przy pęknięciach i szczelinach (*fissura*) cechujących się bolesnością. W takich razach pokazuje się krew w końcu urynowania t. j. kiedy zwieracz pęcherza zaczyna się kureczyć. Krwotok zaś z cewki moczowej odróżnia się od wszystkich innych krwotoków z dróg moczowych tem, że krew tutaj ciągle odpływa nie będąc bynajmniej zmieszana z uryną. Może on zdarzyć się przy ostrym i chronicznym tryprze, gdzie uryna obok krwi zawiera ropę, jak również po zbyt gwałtownem spółkowaniu i nakoniec po nieostrożnem katetyrzowaniu i przy rozszerzeniach żył w części krokowej cewki moczowej (*pars prostatica urethrae*).

VI. Musimy również zawsze wy badać chorego, czy nie uległ zakażeniu, a mianowicie tryptom, czy nie oddawał się w dzieciństwie nadużyciom płciowym a zwłaszcza samogwałtowi i czy nie przedstawiał symptomów dowodzących cierpienia nerek, a mianowicie kolek połączonych z wymiotami, bólów w okolicy nerkowej. Dwa pierwsze pytania zadajemy celem wyświetlenia możliwie istniejących nerwie aparatu moczopłciowego. Ostatnie zaś zadajemy w tym celu by nie przeoczył istniejących poprzednio chorób układu moczopłciowego.

(*Correspon.-Blatt für Schw. Aerzte. Nr. 16*). W. Chodecki.

144. Dr. L. GAUZEZ. **0 stosowaniu antypiryny przeciwko incontinentia urinae u dzieci.** W obec niepewności wielu zalecanych środków przeciwko temu cierpieniu, miło jest dla lekarza praktyka poznać środek, który w pewnych przypadkach przynosi stanowczy pożytek. Z 37 dzieci leczonych antypiryną 19 zostało wyleczonych, a 15 doznało znacznej poprawy; w 3 przypadkach pozostał środek ten bez skutku. Według autora rezultaty leczenia antypiryną były lepsze, aniżeli każdym innym środkiem. Środek ten należy zadawać do wewnątrz w proszkach od 0,50 do 1 gramma, lub w roztworze od 1,50—4,0 stosownie do wieku dziecka. Bardzo ważną jest ta okoliczność, kiedy mianowicie środek ten zadać należy. I tak np. dziecko, któremu podamy antypirynę o godzinie 8 wieczorem, nie będzie oddawać uryny przez całą pierwszą połowę nocy, aż dopiero koło godziny 5 rano. Jeżeli zaś zadamy lek ten o 9 i 11 wieczór, to mimowolny odpływ moczu usuwamy na całą noc. W tych przypadkach, w których podawanie antypiryny ma być uwięzione powodzeniem, pomyślny skutek pojawia się już po pierwszych dawkach. W każdym razie dla osiągnięcia wyleczenia należy lek ten zadawać przynajmniej przez dwa tygodnie. Dzieci znoszą go bardzo dobrze. (*La semaine méd. Nr. 36*). W. Chodecki.

145. Prof. dr. MOSENGEIL. **Salipyrina przeciwko influenzy.** W ostatniej epidemii influenzy używano powszechnie jako środka leczniczego antypiryny. W wielu jednak przypadkach a zwłaszcza w takich w których nie ma znacznego podniesienia temperatury, antypiryna działa w wysokim stopniu depresyjnąco na serce i osłabia organizm już i tak podkopany przez specyficzne drobnoustroje influenzy. Także w niektórych przypadkach preparaty chinu i salicylowe nie bywają dobrze znoszone. Prof. MOSENGEIL próbował w takich razach połączenia antypiryny z kwasem salicylowym, połączenia, znanego pod imieniem salipiryny i znalazł w niej specyficzny środek przeciwko influenzy. Autor stosował ten wielce skuteczny środek u siebie i u wielu chorych na tę zakaźną chorobę z najlepszym skutkiem w dawkach od 1—2 gramów. Prof. von MOSENGEIL pisze: „Ponieważ z uczucia wdzięczności mam pewne upodo-

banie do tego nieocenionego leku, stosowałem go w wielu przypadkach bezgorączkowych, które jednak nosiły na sobie wybitny charakter infekcyjny: należą tutaj: tak zwane powszechnie „przeziębienie“ i katar (*coryza*). W każdym razie na zasadzie bogatego doświadczenia twierdzić muszę, iż salipyrina ze wszystkich próbowanych środków działa najlepiej. Wszyscy chorzy stanowczo utrzymują, iż im środek ten znacznie skraca przebieg choroby“. Inni autorzy donoszą również o pomyślnych rezultatach otrzymanych w tem cierpieniu od salipyriny. Warto by wypróbować środek ten i przy obecnie panującej epidemii influenzy w Warszawie. (*Berl. klin. Wochen. Nr. 26*). Wl. Chłodecki.

146. **Nystagmus u górników.** Dr. Dransart dzieli *nystagmus* u górników na pierwotny (początkujący) i *nystagmus* właściwy. W obydwóch rodzajach, *nystagmus* występuje, wskutek ciągłego zwracania oczów ku górze, a często robotnicy, w niskich galeryach muszą pracować leżący. Przy patrzeniu ku dołowi *nystagmus* ustaje. Rodzaj pierwszy niepowoduje żadnych zaburzeń wzroku i nieprzeszkadza pracy. Trzeba badanie uskutecznić zaraz po wyjściu z szybu, gdyż po pewnym czasie te objawy giną.

Drugi rodzaj, w ciężkiej i groźnej formie sprowadza zaburzenia wzroku, jak: paraliż akomodacji, ciągły ruch otaczających przedmiotów, bóle głowy, diplopią, hemeralopią, amblyopią, trawienie i photopsią. Połączenie tych objawów, utrudniają pracę a czasem górnik zupełnie jej się wyrzec musi. Na 179 przypadków ciężkich—92 było przy oświetleniu lampami bezpieczeństwa, a 87 przy lampach zwyczajnych, 90% górników, pracowało leżący w niskich na jeden metr galeryach. Taka praca wysiła mięśnie: *levator superior, et rectus internus et externus* (prosty górny i prosty wewnętrzny i zewnętrzny). Według autora *nystagmus* u górników zależy od *nervo myopathia*, analogicznie kurczom pisarskim. Leczenie świeże powietrze, z ocenieniem miejscem i dobre odżywianie.

(*La Semain. Med. 23*). J. P.

147. **Nowy środek antypyretyczny i znieczulający—Chlorek phenokolu.** Chlorek phenokolu jest połączeniem phenacetyny z glikokolem. Jest to proszek kryształiczny, podobny do antypiryny, rozpuszcza się w wodzie, smak słono-gorzki. Doświadczenia robione były przez prof. Kopert, profesora farmakologii w Dorpacie, najprzód na zwierzętach, a później w szpitalu, i przekonał się on, że środek ten nie jest szkodliwy i nie wywołuje żadnych zmian w składzie krwi. Dr. Hertel, asystent prof. Gerhardt'a (Berlin) wypróbował działanie terapeutyczne u suchotników, i przy ostrym reumatyzmie stawowym. Z tych obserwacji wyciąga wniosek, że chlorek fenokolu jest znakomitym środkiem antitermicznym i kojącym bóle. Aby zmniejszyć temperaturę u suchotników, dawano 1,0—3 do 5 razy dziennie. Spadek temperatury następuje w godzinę lub dwie. Po przejściu działania antitermicznego fenokolu, temperatura podnosi się bez dreszczów i innych ubocznych objawów. Tenże Dr. Hertel—zauważył, że chlorek fenokolu skuteczniej działał na podwyższenie ciepłoty dziennej, niż nocej. Co do ostrego reumatyzmu stawowego, to H. widział znakomity przykład zmniejszenia bólów, a w działaniu chlorek fenokolu przewyższał antypyrinę, salicylan sody i acetanilidynę. Przy ciężkich przypadkach reumatyzmu stawowego, pochodzenia tryppowego, środek ten był mniej skutecznym. Według innych autorów, fenokol jest znakomitym przy neuralgiach i ogólnym stanie podrażnienia.

(*La Sem. Med. 23*). J. P.

148. A. GRENOUW. 5 przypadków porażenia akomodacji po zatruciu mięsem. W Wrocławiu obserwował autor 5 przypadków porażenia akomodacji w jednej rodzinie; źrenice były trochę rozszerzone. Wszyscy jedli wędliny źle przyrządzone. Trichin niebyło, ale były ptomainy, a napasiona temi wędlinami mysz zdechła, przy objawach zapalenia kiszek. Działanie ptomain występuje na 2 lub 5 dzień, objawia się bólami w szyi, trudnością w polykaniu, szczególniej rzeczy suchych, apetyt żaden, trudność urynowania. Porażenie akomodacji ustąpiło po 2 tygodniach. (*Klinische Monatsb. f. Augenh. Listopad*). J. P.

ODCZYTY.

Prof. SEMMOLA. Przyczynk doświadczalny do patogenezy białkomoczu przy chorobie Brighta i zapalenia nerek.

Wykład w Akademii Medycznej w Paryżu wygłoszony.

(*Internationale Klinische Rundschau. Nr. 30, 31, 32—1891.*)

Sprawozdawca Dr. Feliks Arnstein.

Przed 40 laty, gdy jeszcze wszyscy lekarze byli mniemania, że białkomocz ściśle jest związanym ze zmianami nabłonka nerek, autor na drodze doświadczalnej wykazał wpływ rodzaju pożywienia na ilość wydzielanego przez chorych na chorobę Brighta w ciągu 24 godzin białka ¹⁾. W rzeczy samej wykazał autor, że choroba Brighta jest w ściślejszym związku ze stanem krwi, aniżeli z chorobowymi zmianami w nerkach. W r. 1861 autor przedstawił akademii lekarskiej w Paryżu cały szereg chemicznych i patologicznych poszukiwań nad patogenезą białkomoczu i między innymi sformułował następujący wniosek: zmiany w nerkach występują wogóle wtórnie, białkomocz jest pierwotnym z wyjątkiem tych postaci białkomoczu, które są następstwem właściwych zapaleń nerek.

W owym czasie podobne twierdzenie było uważanem za naukowe odszczępiństwo. Dziś jednak patologia doświadczalna ówczesne wnioski autora pod wielu względami stwierdziła. Z wyjątkiem zapaleń nerek wstępujących (spowodowanych przewlekłym zapaleniem pęcherza, kamicą nerkową i t. p.) i zapaleń pochodzenia tętniczego niewątpliwem jest dziś, że wszystkie inne zapalenia nerek pochodzą ze krwi (*hamatogen*) t. j. powstają skutkiem wydzielania przez nerki substancji trujących, które za pomocą strumienia krwi do nerek się dostają, a dostały się do krwi z zewnątrz lub też powstały w ustroju skutkiem rozmaitych zbroczeń czynnościowych.

Zanim doświadczalnej patologii udało się wywołać zapalenie nerek za pomocą kreatyny, leucyny, tyrozyny, ołowiu, rtęci, wielkich dawek wysokoci i t. p. autor postawił sobie za zadanie rozwiązać następujące zagadnienie: jaka to jest substancja, która przy dyskrazji właściwej dla choroby Brighta przez nerki się wydziela i w ten sposób sprowadza chorobę Brighta (wielka biała nerka)?

Autor jeszcze w r. 1850 po stwierdzeniu fundamentalnego faktu, że między ilością białka wydzielanego przez chorych na chorobę Brighta, a ilością przyjętego przez pokarm białka istnieje stały związek, wyobrażał sobie że zmiany pewnych ciał białkowatych we krwi, trudna ich assimilacya i stąd wzmożone ich wydzielanie jest przyczyną choroby Brighta. Było to wprawdzie hipotezą mającą doświadczalny punkt wyjścia. Należało jeszcze dowieść, jakie to są zmiany i w jaki sposób one powstają. Zadanie to było niełatwem, autor jednak próbował szeregiem doświadczeń zagadnienie to rozwiązać, udało mu się w ten sposób dojść do jedyne go ścisłego wniosku t. j. przekonał się o chorobliwej zdolności dyffuzyjnej surowicy krwi u chorych na chorobę Brighta.

Faktowi temu autor przypisuje ogromnie ważne znaczenie, nie wystarcza on jednak do rozwiązania powyższego zagadnienia.

Rozwiązanie tego rodzaju zagadnień biologicznych może być tylko możliwem już to za pomocą ścisłej obserwacyi klinicznej, już za pomocą łatwiej

¹⁾ Accademia de medicina di Napoli 1859.

dających się przeprowadzić doświadczeń w sposób pośredni. Stanowi to cel niniejszego sprawozdania.

Cheąc na drodze doświadczalnej dowieść hematogeniczne pochodzenie choroby Brighta należało dowieść: 1) że nie istnieje prosty stosunek przyczyny i skutku między ciężkością choroby naskórnej, a stopniem wywołanego przez nią białkomoczu i że znacznego natężenia białkomocz może być tylko wywołanym przez dyskrazyjne stany białych ciałek krwi bez wszelkiego cierpienia nerek, 2) że dyskrazyjny stan białych ciałek krwi w połączeniu z wydzieleniem niezdolnego do assimilacji białka już jest w stanie po dłuższym czasie wywołać histologicznie zapalenie nerek, 3) że można doświadczalnie oddzielić cierpienie nerek od białkomoczu t. j. że można wywołać sztucznie zapalenie nerek, które po pewnym czasie t. j. gdy mianowicie źródło hematogeniczne białkomoczu zostanie wyczerpanem, niezdolnym jest samo przez się sprowadzić przejścia białka krwi (serin) do moczu.

I. Dla zrobienia sobie jasnego pojęcia, że między stopniem białkomoczu, a zmianami nabłonka w nerkach nie istnieje prosty stosunek przyczyny i skutku należy tylko porównać stopień zmian w nerkach z ilością wydzielanego białka przy zapaleniach nerek sztucznie wywołanych przez trujące substancje. Autor w tym celu wybrał kantarydowe zapalenie nerek. Porównywał wpływ tych zapaleń z objawami białkomoczu i zmianami w nerkach wywołanymi przez podskórne zastrzyknięcie białka kurzego. Wyniki swych doświadczeń przedstawił w latach 1883 i 1886 akademii medycznej.

Autor zastrzyknął psu 5 kilogramów i 200 gramów ważącemu kantarydynę (0.003 w 1.0 gliceriny dziennie) i powtarzał zastrzykiwanie te przez 4 tygodnie. W ten sposób powstało przewlekłe zapalenie nerek i białkomocz. Lecz ilość białka podczas całego trwania doświadczenia nie przekraczała 0,70—0,85 na 1000. Po 4 tygodniach przy badaniu histologicznem znaleziono owe ciężkie zmiany w nerkach opisane przez Cormla i Aufrechta: przekrwienie ciałek Malpighiego, kanaliki pozbawione nabłonka i przepelnione leukocytami, gdziegdzie nerwowe ciałka krwi.

Gdy zaś zastrzyknąć białka kurzego w ilości 40,0 codziennie psu 13 kilogr. ważącemu, białkomocz występuje już w pierwszych 24 godzinach, a mocz zawiera białka 2,00—3,70 w litrze. Badanie nerek wykazuje tylko przekrwienie bez zmian w ciałkach Malpighiego i kanalikach. Z powyższych doświadczeń wypływa, że nie istnieje związek między stopniem zmian w nerkach a stopniem białkomoczu. Przy zapaleniu kantarydowem nerek mamy maximum zmian w nerkach, a stosunkowo nieznaczny białkomocz, który należy uważać za zwykajny zapalny wysięk, a nie za zwykajne i czyste przejście seriny przez mocz, gdy przeciwnie drugie doświadczenie uczy, że nawet znacznego natężenia białkomocz niezależnie od cierpienia nerek istnieć może. Dotąd wszyscy prawie eksperymentatorzy przytaczali zapalenia nerek toksycznie, jako dowód nerkowego pochodzenia białkomoczu towarzyszącego chorobie Brighta. Zapomniano przytem zwrócić uwagę na paralelę między stopniem czynnościowego zбочenia, a natężeniem zmian w nerkach.

Dalsze doświadczenie stanowi zupełne potwierdzenie wyżej powiedzianego. Autor powtórzył doświadczenia dotyczące się toksycznego zapalenia nerek, wywołanego solami rtęci.

Nie ulega wątpliwości, że otrucie rtęcią tak u człowieka jak i zwierząt wywołuje mniej lub więcej ostre zapalenie nerek. Godnem jest przytem uwagi, że zapaleniom nerek rtęciowym towarzyszy ogromne wydzielanie białka przez mocz, czem się ono różni od białkomoczu spostrzeganego przy otruciu kantarydowem, który jest nieznacznego natężenia. Nie należy jednak zapominać, że otrucie rtęcią wywołuje poważne zmiany w białych ciałkach krwi

i mniej lub więcej ostrą dyskrazyę krwi, która ze swej strony sprowadza ostre zapalenie nerek. Jest zatem jasnym, że działanie rtęci jest w tym razie bardziej skomplikowanym, ponieważ białkomocz zostaje wywołanym przez 2 czynniki, a mianowicie przez stan dyskrazyjny krwi i przez sprawę zapalną w nerkach, gdy przy otruciu kantarydowem moment pierwszy odpada.

Wyniki powyższych doświadczeń w zupełności zgodne są z kliniką, która dostarcza nam tysiące przypadków stwierdzających ich słusność. W rzeczy samej spotykamy przypadki, w których białkomocz jest nieznacznym lub go wcale nie ma, gdy pierwotne cierpienie nerek jest znacznego natężenia (zapalenie nerek tętnicze, dnowe i t. p.). Tego rodzaju zapalenia nerek są niewątpliwie pochodzenia nerkowego (nephrogen). Z drugiej strony spotykamy przypadki znacznego białkomoczu, a mianowicie 8,00 do 10,00 białka na 1000, które przy zupełnym braku lub też przy nieznacznych zmianach w nerkach istnieć mogą.

Żałować przeto należy, że w praktyce zawsze jeszcze za późno przypuszcza się istnienie zapalenia nerek, ile razy w przebiegu jakiegokolwiek ostrej lub przewlekłej choroby występuje białkomocz. Przy wystąpieniu białkomoczu lekarz zawsze powinien zadać sobie pytanie czy białkomocz pochodzi ze krwi, czy też jest pochodzenia nerkowego. Pytanie to jest pierwszorzędnej wagi i to nie tylko z dyagnostycznego, lecz głównie z leczniczego punktu widzenia.

II. Autor w r. 1883 ¹⁾ wykazał, że podskórne zastrzykiwania białka kurzego są w stanie wywołać poważne zmiany w nerkach jak przekrwienie z wylewem krwi do ciałek Malpigięgo, jakoteż naokoło kanalików i do ich wnętrza, obrzmienie i zmiany nabłonka w kanalikach, nekrozę nabłonka i t. p.

Podjęte w r. 1890 na nowo doświadczenia a to w skutek odmiennych wyników otrzymanych przez innych badaczy, a kwestyonujących wywody autora przedstawiają się w następujący sposób:

Psu 14 kilogr. ważącemu przez 82 dni autor zastrzykiwał z początku co 12 godzin 10 gramów białka, a następnie 20 gramów czyli 10 gramów dziennie. Białkomocz jak zwykle pojawił się w pierwszych 24 godzinach i stopniowo się zwiększał. W końcu drugiego miesiąca można było stwierdzić, że stopniowo ilość białka się wzmagała do takiego stopnia, że przekraczała ilość białka zastrzykniętego. 75 dnia od początku doświadczenia ilość białka wydzielanego była 2 razy większą od ilości białka przyjętego i co godniejszem było uwagi, że w tym czasie znaleziono w moczu 2 gatunki białka, z których jeden posiadał cechy białka kurzego, a drugi białka krwi.

Dr Bocard prof. histologii w Neapolu badał nerki psa zabitego i znalazł: 1) znaczne rozszerzenie naczyń ciałek Malpigięgo, przepelnionych czerwonymi ciałkami krwi, 2) infiltracyę leukocytów w wielu punktach naokoło otoczek, między kanalikami i obok naczyń, 3) w substancyi korowej naokoło kanalików zmiany w komórkach, ich obrzmienie, rozrzedzenie ich protoplazmy, komórki nabłonkowe uległy zgorzeli tworzyły masę złożoną z jąder, w niektórych kanalikach nabłonek silnie rozpadły w postaci bezforemnej masy.

Prof. Cornil w Paryżu, któremu posłano preparaty znalazł też zapalenie nerek. Wyniki zatem nowych doświadczeń autora stwierdziły w zupełności dawniejsze, a mianowicie dowiodły, że proste przejście niezdołnego do assymilacyi białka przez filtr nerkowy samo przez się jest w stanie wywołać w nerkach sprawę zapalną.

¹⁾ Archive de physiologie 1884.

Jest zatem zrozumiałem, jak wielką rolę odgrywa wydzielanie niezdolnego do assimilacji białka w patogenezie choroby Brighta.

Jeżeli obok tego rozważymy jak wolno sprawa chorobowa w nerkach się rozwija przy chorobie Brighta, gdy zapalenia nerek toksycznego pochodzenia bardzo szybko, będziemy mieli nowy dowód, że białkomocz przy chorobie Brighta jest w ścisłym związku ze zmianami ciał białkowatych lub z wadliwą assimilacją ciał białkowatych do ustroju wprowadzonych. Zapalenie nerek musi być naturalnie następstwem koniecznego wydzielania się niezdolnego do assimilacji białka.

Ten pogląd na sprawę w mowie będącą znajduje zupełne potwierdzenie w niedającym się zaprzeczyć doświadczalnym fakcie na początku podanym i stanowiącym punkt wyjścia doświadczeń autora t. j. że u chorych na chorobę Brighta ilość białka wydzielanego przez nerki znacznie się zwiększa pod wpływem azotowego pożywienia przyjętego w ciągu 24 godzin.

O chemiczno molekularnym składzie ciał białkowatych i o roli ich pod względem biologicznym nie prawie nie wiemy. Eksperymentatorzy muszą to mieć na względzie przy swych doświadczeniach nad ciałami białkowatymi ustroju, jeżeli nie chcą w swych dedukcyach popaść w błąd.

Lecz nie jest to wszystko. Dyskrazyjna teoria choroby Brighta znajduje poparcie w doświadczeniu klinicznym przez świat lekarski stwierdzonem.

Dla czego dość białka w moczu podwaja się lub potraja u chorych na chorobę Brighta, którzy żywią się wyłącznie mięsem?

Dla czego u chorych na chorobę Brighta ilość białka zmniejsza się do minimum, gdy ci przyjmują pokarmy roślinne?

Dla czego znika często zupełnie białko w moczu i zwiększa się ilość moczu pod wpływem absolutnej diety mlecznej?

Dla czego u chorych na chorobę Brighta ilość mocznika zmniejsza się w początku cierpienia t. j. w czasie, w którym substancja ta do moczu skutkiem zboczenia w filtracji z pewnością dostatecznie przesiąka?

Fakta te niewątpliwie dowodzą, że u chorych na chorobę Brighta istnieje zboczenie (*eine Dystrophie*) ciał białkowatych, w skutek czego substancje azotowe pochodzące z pokarmów źle są przerabiane, nie assimilują się, nie spalają i nakoniec zostają z ustroju wydalone, autor nazywa s u b s t a n c y e t e t r u j ą c e m i, przyczem zwraca uwagę, że idzie tu o t r u j ą c e c i ą ł a b i ą ł k o w a t e, trujące białka, co nie jest identycznym z mineralnymi jadamami, ptomainami i t. p. Oto są wyniki doświadczeń, jakie autor z białkiem kurczem przeprowadził i jakie się przyczyniły do rozjaśnienia dyskrazyi będącej źródłem choroby Brighta.

III. Doświadczenie powyższe autor powtórzył na innym psie, z tą jednak różnicą, że przestał zastrzykiwać białka kurzego 45 dnia. Białkomocz w tej chwili zaczął się zmniejszać, a po 5 dniach w zupełności zniknął. Badanie histologiczne nerek po zabicie psa wykazało: bardzo nieznaczne przekrwienie, na powłoce Bowmana nie spostrzeżono skrzeplęj białkowej substancji, nabłonek w kanalikach obrzmiał, a w niektórych miejscach zniszczony; liczne ogniska leukocytów naokoło niektórych powłok i wewnątrz kanalików.

Jasnym jest, że gdyby przejście białka krwi przez nerki było następstwem oddzielenia się i zmian nabłonka ciałek Malpigięgo i kanalików, białkomocz musiałby choć w małym stopniu i dalej istnieć. Tymczasem białkomocz trwał tak długo dopóki w następstwie zastrzykiwań osady białka krążyły we krwi, a gdy wprowadzone do ustroju białko wydzielilo się, znikł i białkomocz, choć zmiany nabłonka istniały.

Porównawszy doświadczenie to z poprzedniem, przyjść musimy do odmiennego wniosku, a mianowicie, że przy białkomoczu pochodzenia nerkowego

jest on w związku z wysiękiem zapalnym, a nie z czystą i zwyczajną filtracją białka surowiczego (*serin*) spowodowaną zmianami nabłonka.

Ze wszystkich powyższych doświadczeń autor dochodzi do następujących o s t a t e c z n y c h w n i o s k ó w:

Stopień białkomoczu doświadczalnego nie zawsze jest w związku z natężeniem sprawy chorobowej w nerkach. Przy toksycznych zapaleniach nerek wywołanych przez ciała, które nie wywierają ujemnego wpływu na krew, następuje maximum zmian w nerkach w połączeniu z nieznacznym białkomoczem, gdy wogóle przy toksycznych zapaleniach nerek pochodzenia mineralnego następuje maximum białkomoczu, który zależy współcześnie od zmian w nerkach i od dyskrazyjnego stanu krwi.

Przy doświadczalnym białkomoczu spowodowanym zastrzykiwaniami białka kurzego nie potrzeba zmian w nerkach, by się białko z moczem wydzielało. Ma tu miejsce zwyczajne zjawisko wydzielania zgodne z prawidłami fizjologii czynności nerek. Jeżeli wydzielanie to trwa dłuższy czas, sprowadza ono chorobowy stan nerek, ich zapalenie, które jest wówczas właściwie toksycznym, z tą jednak różnicą, że zmiany w nerkach są więcej degeneratywne i bardziej zbliżone do zmian w nerkach spostrzeganych przy chorobie Brighta. Białkomocz towarzyszący chorobie Brighta, odznaczający się wielkimi wahaniami ilości białka wydzielanego w różnych porach dnia, musi być zaliczonym do białkomoczu pochodzących z krwi (*hämato-gen*), gdyż niezależnie od wszelkich klinicznych i anatomicznych względów (wielka biała nerka, obustronność i t. p.) niepodobna było pojąć, w jaki sposób tak szybko i tak liczne zmiany stopnia chorobowej sprawy w nabłonku w ciągu kilku godzin mogłyby nastąpić.

Siódmy międzynarodowy kongres dla Hygieny i Demografii.

I. O odporności (*Immunitas*). Wykład prof. d-ra HANKIN'A.

Sprawozdawca dr. Władysław Chodecki.

Siódmy kongres dla Hygieny odbył się w Londynie w St. James Hall. Otworzył go książę Walii swą mową, zasadniczym punktem której była myśl: jeżeli chorób można unikać, dla czego ich nie unikamy? Największy interes budziły prace sekcji medycyny profilaktycznej i bakteryologicznej; ostatnia zwłaszcza odznaczała się szeregiem pięknych i bardzo interesujących wykładów, a pozostawała pod przewodnictwem ojca metody antyseptycznej LISTER'A.

Cały też kongres pozostawał pod wpływem nowych badań bakteryologicznych nadających nowy zupełnie kierunek medycynie prewencyjnej. Znani badacze LAVERAN i CELLI wykładali o etyologii malarii; prof. HUEPPE z Praги powiadał zgromadzenie o swoich badaniach nad etyologią cholery, broniąc gorąco znaczenia lasecznika przecinkowego KOCHA; kwestya odporności (*immunitas*) zajmująca w ostatnich czasach wiele pierwszorzędnych umysłów przyniosła piękne referaty ROUX'A, BUCHNER'A i dała sposobność MIECZNIKOWOWI do rozwinięcia swoich poglądów o fagocytozie, EMMERICU zaś w zarłoczności białych ciałek krwi upatruje tylko błąd natury. W ważnej kwestyi gruźlicy (*tuberculosis*) EHRLICH donosił o bardzo pomysłnych rezultatach otrzymanych od tuberkuliny, trafił jednak na zawziętą opozycję, nowe doświadczenia bowiem na zwierzętach nie dały bynajmniej zachęcających wyników. Cała ta kwestya nie jest jeszcze o tyle dojrzała, by ostateczny sąd można było wydać. Stosunek chorób człowieka do chorób zwierząt był bardzo żywo omawiany; dyskusye jednak w tej kwestyi nie przyniosły nic istotnie nowego.

W niniejszym wykładzie zajmiemy się tylko kwestyą o d p o r n o ś c i.

od czasu epokowego odkrycia PASTEUR'A, że jest możliwym przez szczepienie osłabionych zarazków uczynić zwierzęta odpornymi na cholere kurzą, istota sztucznej i naturalnej odporności zwróciła na siebie uwagę bakterjologii i dała początek znacznej liczbie teorii dla wyjaśnienia tego tak interessującego zjawiska. Pogląd, że nabytą odporność przypisać należy zmienionemu metabolizmowi komórek krwi, krąży obecnie w nauce pod nazwiskiem „teorii fagocytów“, z którą na zawsze związane jest nazwisko rosyjskiego badacza MIECZNIKOWA. Pogląd CHAUVÉAU'A, że odporność ma za przyczynę istnienie nieznaney substancji i to pochodzenia bakteryjnego nie gra już obecnie tak ważnej roli, zwłaszcza po badaniach dowodzących w ciele odpornego zwierzęcia obecności ciał wrogich dla bakterji, ciał, których natura i pochodzenie są zupełnie odmienne, aniżeli opisana w duchu teorii CHAUVÉAU'A.

W końcu roku 1888 uczynił NUTALL ważne bardzo odkrycie, że niektóre bakterje obumierają, jeżeli zmieszamy je ze świeżą krwią lub też z jej surowicą (*serum*), a działanie to niszczące drobnoustroje należy przypisywać nie elementom komórkowym, ale raczej płynnym składnikom krwi. Z tem doniosłem niewątpliwie odkryciem łączy się ciekawa praca BUCHNER'A i NISSEN'A, która doprowadziła do wniosku, że w walce organizmu z drobnoustrojami, ważną bardzo rolę odgrywa działanie surowicy krwi niszczącej bakterje. Dalejszych punktów oparcia dla tej teorii dostarczyły najnowsze a tak interessujące prace BOUCHARD'A. Zasłużony ten badacz wykazał, że surowica krwi królika służyć może jako doskonały grunt odżywczy dla „*bacillus pyocyaneus*“, ale surowica królika odpornego na cholere wywołaną przez *bacillus pyocyaneus* osłabia jądowitość tego drobnoustroju a nawet i zabija go. Przez to mamy dowód, że z odpornością zwierzęcia na daną chorobę siła anty-bakteryjna jego surowicy krwi wzmagą się. Podobne wyniki otrzymano z bakterjami cholery, karbunkułu i innych chorób zakaźnych. Przy tej sposobności wypada wspomnieć o najnowszej pracy EMMERICH'A i MASTBAUM'A o róży u świń. Wzmiankowani autorzy znaleźli nie tylko, że laseczniki róży świńskiej bywają niszczone przez surowicę krwi królika odpornego na tę chorobę, ale zastosowali oni tę surowicę do leczenia samej choroby wybuchłej u wrażliwych zwierząt.

Poszukiwania te dotyczące anty-bakteryjnych własności surowicy krwi przyczyniły się do wykrycia innego nie mniej godnego uwagi faktu. Mówimy w tej chwili o pracy BEHRING'A i KITASATO o tężcu (*tetanus*) i błonicy (*diphtheritis*), która ukazała się w końcu roku zeszłego. Zwraca ona uwagę naszą nie tyle na same bakterje, ile na wytworzone przez nich jady. Bakterje tężca (*tetanus*) i błonicy (*diphtheritis*) nie rozszerzają się po ciele zakażonego zwierzęcia, ale pozostają na miejscu szczepienia tworząc tutaj śmiertelne trucizny, które dostając się do krwi obiegu wywołują objawy alarmujące. I tak u świńki morskiej zakażonej przez lasecznika błonicy powstać może typowe porażenie już po zniknięciu z ciała ostatniego lasecznika, a doświadczalnie możemy wywołać te same objawy kliniczne przez zastrzyknięcie małej dawki trucizny wytworzonej przez te laseczniki. BEHRINGOWI i KITASATO udało się uczynić odpornymi króliki na tężca i błonicę. Surowica tych zwierząt nie posiada wprawdzie własności zabijania laseczników błonicy, ale za to niszczy truciznę wytworzoną przez te bakterje. Cenna ta własność takiej surowicy krwi pozwala na jej stosowanie do wyleczenia błonicy i tężca. I w rzeczy samej BEHRING wyleczył myszy chore na tężec. GAMALLEIA zaś otrzymał podobne rezultaty z „*vibrio Miecznikoffi*“.

Widzimy więc, że zbadanie anty-bakteryjnych własności surowicy krwi otworzyło w nauce nowe zupełnie widnokreśli, a które obiecują nawet i rezultaty praktyczne. Odkrycie to skłoniło autora do sformułowania następującej teorii o p o r n o ś c i, którą wyraża w sposób następujący: Sztuczna czy naturalna odporność jest wywołaną przez istnienie pewnej substancji, którą

produkuje metabolizm raczej zwierzęcia aniżeli drobnoustroju i która posiada własność niszczenia albo bakteryi albo wytworzonych przez nich jądów. Zauważyć jednak należy, iż teoria ta nie wyklucza innych czynników i przyczyn odporności.

A teraz powstaje ważne pytanie: jakiej właśnie natury jest owa substancja, której surowica krwi zawdzięcza swe anty-bakteryjne własności? BUCHNER pracujący wytrwale w tym kierunku starał się i na to pytanie odpowiedzieć. W tym celu badał on każdą ze składowych części surowicy pod względem działania na drobnoustroje, ale żadnej z nich nie mógł przypisać działania antybakteryjnego. BUCHNER dowiódł, że własności tej nie można przypisywać ani solom, ani włóknikowi, ani żadnej innej z części składowych surowicy i przypisuje ją żywotności krwi. Być bardzo zresztą może, że BUCHNER w badaniach swoich przeoczył którą z części składowych surowicy, jaka właśnie nadaje jej działanie antybakteryjne.

Autor nie wdaje się obecnie w szczegółowe rozumowania teoretyczne by uzasadnić swój pogląd, że substancją *en question* jest ciało białkowe o wybitnych antyfermentacyjnych własnościach, znane jako „globulina β “. Wychojąc z tego założenia, autor badał działanie ciała tego na laseczniki karbunkułowe i znalazł że posiada ono własność niszczenia ich. Autor przekonał się również, że podobne substancje znajdują się nie tylko w ciele tych zwierząt, które posiadają naturalną odporność na daną chorobę, ale także i w ciele takich, które są na nią wrażliwe. Wykładający nazywa te materje: „broniąciami proteidami“ (*defensive proteids*). Własności antybakteryjne tych ciał takie mają podobieństwo z temi, jakie cechują surowicę krwi, że nie może być żadnej wątpliwości, że właśnie ciała te udzielają jej działania zabijającego bakterje.

Naturalną jest rzeczą, że sama obecność tych ciał w ustroju nie może być stanowczym dowodem, że one właśnie są przyczyną oporu przeciwko najściu drobno-ustrojów. Jeżeli mamy je rzeczywiście uważać za główny czynnik odporności, to należałoby najprzód dowieść, że te „broniące proteidy“ w zwierzęciu odpornem zawarte są w znaczniejszej ilości lub działanie ich jest energicznijszem, aniżeli w zwierzęciu wrażliwym na daną chorobę. Autor starał się dostarczyć tego dowodu przez dokładne badanie tych obraniających ciał białkowych szczura. Białe szczury posiadają jak wiadomo wielką odporność na karbunkuł (*pustula maligna*). BEHRING dowiódł już w r. 1888, że surowica krwi tych zwierząt posiada większy stopień alkaliczności aniżeli innych a nadto posiada własność zabijania laseczników karbunkułowych. Własność ta zmniejsza się jeżeli surowica ulegnie neutralizacyi; opierając się na tych faktach BEHRING przyszedł do wniosku, że właśnie alkaliczność krwi nadaje tym szczurom ową odporność na karbunkuł. Wspomniany badacz nie był jednakże w stanie wyosobnić owej alkalicznej substancyi. Autor poszedł w poszukiwaniach swych o krok dalej i znalazł, że ta surowica krwi zawiera „proteid“ posiadający alkaliczną reakcyę i własność zabijania laseczników karbunkułowych. Jeżeli zastrzykniemy ciało to myszom jednocześnie z lasecznikami karbunkułowymi, to choroba ta jednak nie rozwinie się. Doświadczenia te wykazują wybitną różnicę w działaniu proteidów zwierząt odpornych (*immun*) a wrażliwych. Należy również zauważyć, że ilość proteidów zawartych w szczurze może być zmniejszoną przez wpływy osłabiające odporność zwierzęcia na karbunkuł. I tak np. FESER dowiódł, że białe szczury stają się wrażliwymi na karbunkuł, jeżeli podamy im pożywienie wyłącznie roślinne. Autor doszedł do podobnych wyników z dzikimi szczurami. I tak z ośmiu dzikich szczurów, cztery karmił autor chlebem i mięsem, cztery zaś inne tylko chlebem i to przez przeciąg sześciu tygodni. Wtedy wszystkie ośm szczurów poddano zakażeniu karbunkułowemu. I otóż pokazało się że szczury karmione wyłącznie chlebem zdechły na karbunkuł, pozostałe zaś przy życiu

zabito. Oględziny pokazały, że śledziona szszurów karmionych mięsem zawierała proteidy w znacznej ilości, kiedy nie było ich ani śladu w śledzienie zwierząt karmionych wyłącznie chlebem. Fakty te dowodzą oczywiście, że te proteidy są rzeczywiście ciałami broniącemi zwierzęta od zakażenia karbunkiem.

Od czasu ogłoszenia pracy autora o „ochronnych proteidach“ BUCHNER porzucił swoje poglądy o których wzmiankowaliśmy na początku niniejszego artykułu i w najświeższej swej pracy przyznaje znaczenie tym ochraniającym ciałom białkowatym. Proponuje on dla nich nazwisko „Aleksinów“. My jednak ugruppujemy je według ich własności fizyologicznych. Te bowiem ochronne proteidy są ciałami białkowatemi o własnościach antyfermentacyjnych i z tego punktu dadzą się podzielić na dwie wielkie klasy: na takie, które znajdują się w normalnem zwierzęciu (autor nazywa je sozinami od $\sigma\omega\zeta\alpha\nu$ = utrzymać przy życiu) i na takie, które znajdują się w zwierzętach o sztucznej odporności. (Autor nazywa je „phylaksinami“ od $\phi\acute{o}\lambda\alpha\zeta$ = obrońca). Sozin jest ciałem ochraniającem znajdującem się w normalnem zwierzęciu; phylaxin zaś znajduje się tylko w takich zwierzętach, które uczyniliśmy odpornemi na pewną chorobę.

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. Według obliczeń d-ra Nutall'a, każdy suchotnik wypluwa dziennie od 250,000 do 4,000,000,000 laseczników. Jeżeli przyjąć przeciętną cyfrę dzienną wykrztuszanych laseczników za 100,000,000, to rocznie suchotnik wykrztusza 365,000,000,000, w ciągu zaś 3-ech lat choroby 1,095,000,000,000.

— W New-Yorku urządzono zakłady, w których sprzedaje się mleko sterylizowane po cenie nadzwyczaj niskiej dzieciom niezamożnych rodziców.

— II Zjazd lekarzy i chirurgów amerykańskich odbędzie się w Waszyngtonie d. 22—25 Września r. b. Czynnny udział przyrzekli wziąć dr. Kühne (Heidelberg), Curschmann (Lipsk), Krause (Berlin), Hoffa (Würzburg) i Mosengeil (Bonn).

— Redakcyę tygodnika „*Frager medicinishe Wochenschrift*“ w miejsce d-ra P. Dittrich'a objął dr. R. v. Limbeck.

— Lewatywy z krezotu radzi Revillet przyrządzać w sposób następujący: 2—4 grm. krezotu należy rozpuścić w 25 grm. olejku ze słodkich migdałów, poczem przy pomocy dwóch żółtek od jaj i 200 grm. wody sporządzić mleczankę.

— Prof. Galtier uważa terpentynę za najlepszy i najskuteczniejszy środek, niszczący zarazek wścieklizny. Ranę, powstałą po ukąszeniu należy zmyć obfitą ilością terpentyny.

— Przy ostrym gościnstawowym zalecają wcierać w cierpiące stawy miészankę następującą:

Rp. Saloli

Aetheris aa 4,00

Collod. elast. 30,00

— Dr. Quinquand leczy pokrzywkę w sposób następujący: do wewnątrz podaje w obfitej ilości alkalia lub w razie bezskuteczności ich natrum arsenicosum albo naftol. Przy gwałtownem swędzeniu zaleca następującą wodę do użycia lub proszek do posypywania:

Rp. Acid. boric. 30,0

Chloral. hydr. 5,0

Aq. destil. 180,0

MDS. woda do mycia.

lub Rp. Acid. salicyl. 5,00

Zinc. oxydat. 15,00

Amyli pulv. 30,00

M. f. pulv. do posypywania.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80

Дозволено Цензурою. Варшава 5 Сентября 1891 г.—Друк Maryi Ziemkiewiczowej
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.

v
WYCIĄG IGLIWIĄ SOSNOWEGO

250 grm. (Wyrób własny) 50 kop.

poleca:

E. JARNUSZKIEWICZ,

(134)—12—10 Właściciel apteki, Nowy-Świat Nr. 35.

ŚRODKI ODŻYWCZE

W. HEBDY

80 Aleja Jerozolimska 80, w Warszawie

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów, dzieci i osób wycieńczonych mianowicie: **sok mięсны świeży**, niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny. **Wyciąg trzustkowy** przepisu d-ra M. Rejehmana, **proszek mięсны Racahaut des Arabes**, nadzwyczaj smaczny i posilny napój. **Kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipanię** czyli tran bez wstrętnego smaku tranu. (116)—31—17

GRZYBKİ KEFIROWE

służące do przyrządzania kefiru,

posiada **Apteka Wendy i Wiorogórskiego**, 45 Krakowskie-Przedmieście.

Nabywać również można broszurkę objaśniającą sposób robienia i używania kefiru w cenie kop. 15. 0—13

HERMAN JACOBSEN

DENTYSTA

przyjmuje od 10—6 Solna Nr. 7. (54)—52—24

Skład Materiałów Aptecznych, Farb i środków opatrunkowych

FELIKSA WAREŃSKIEGO

Tłomackie Nr. 13, vis a vis Przejazd w Warszawie. (86)—52—21

VICHY

WODY MINERALNE NATURALNE

Adminiŝtracja w Paryżu, 8 Boul. Montmartre.

Grande-Grille. Hopital. Choroby organów trawienia, ociężałości żołądka, upośledzone trawienie, brak apetytu, bólesci żołądka. **Celestins.** Ządać należy aby nazwisko źródła znajdowało się na kapslach. Dostać można w Warszawie w aptekach PP. D-ra T. Heinrieha, Kucharzewskiego, Lilpopa, Sołtykiewicza i Ed. Koope, L. Ziemińskiego, w Kownie u Klimowicza i w Brześciu Litewskim u Górskiego. (33)—30—25

Kantor zdrojowy Wiesbadeński rozsyła na żądanie bezpłatnie wskazówki używania oraz dokładne opisy działania.



VI
WIESBADENER
KOCHBRUNNEN-QUELL-SALZ

SÓL WIESBADAŃSKA
 czysty produkt natury

przygotowany pod kontrolą rządową przez pp. Lekarzy zalecany jako środek przeciw zaburzeniom trawienia i odżywiania, jako też przeciw wszelkim cierpieniom żołądka i kiszek. Równie zbawiennie działający w niezbytach przewodu oddechowego i płuc: w kaszlu, chrypcie, wobec trudnej expectoracji etc. a w skutek obecności znacznego procentu **LITYNY** w chorobach podagrycznych i reumatycznych. Fłaszka tej soli zawiera tyle soli ile **35—40 pudełek pastylek** innych źródeł.

Cena za flaszkę rs. 1 kop. 50.

(prawdziwy tylko we flaszkach jak obok przedstawiona).

SKŁAD GŁÓWNY

w aptekach **D-ra T. Heinricha** oraz **Lilpopa i Treutlera** w Warszawie. (441)—26—24

Próbki rozsyłają się gratis i franco Panom Lekarzom na żądanie.

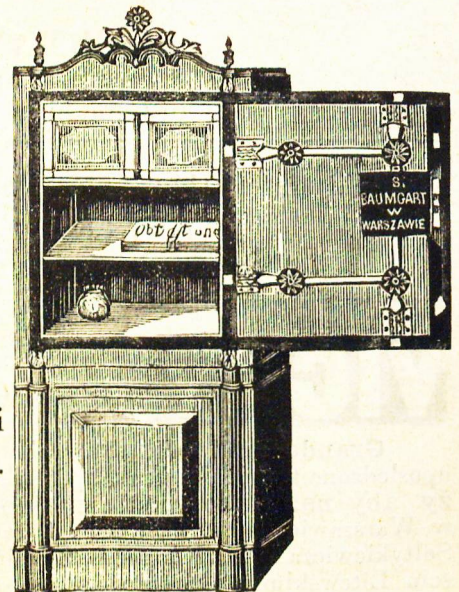
FABRYKA
 KAS OGNIOTRWAŁYCH
B. BAUMGART

Chłodna 40

w WARSZAWIE

poleca: kasy ogniotrwałe, kasetki oraz wszelkie wyroby ślusarsko-galanteryjne.

Ceny przystępne. (138) 6—1



VII
DOM HANDLOWY

TSIŃ-ŁUN

Zjednoczone Towarzystwo Kupców Kjachtyńskich

WARSZAWA:

Krakowskie-Przedmieście 67 i Marszałkowska 117.

Łódź, Piotrkowska 17.

Telefonu Nr. 614.

poleca

HERBATĘ ŁĄDOWĄ

własnego zakupu w Chinach, od rs. 1 k. 40 do rs. 7 k. 40 za funt.

Oprócz tego Dom Handlowy posiada własne składy: w Kjachcie, Irbicie, Irkutsku, Niżnem-Nowgorodzie, Moskwie, St.-Petersburgu, Rydze, Wilnie, Tambowie i Woroneżu. (139) 4-1

Sprowadzane od 22 lat

przez Stowarzyszenie Merkury
z domu A. de Luze

w Bordeaux

gwarantowanej czystości i odleżałe Wina francuzkie czerwone i białe oraz
Koniaki, są stale do nabycia w sklepach Stowarzyszenia

Marszałkowska Nr. 115, Krucza róg Hożej, Nowo-Senatorska Nr. 6.
(60)-18-12

Doktór A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10-ej rano do 5-ej po południu. (25) 26-16

DRZEWORYTNIK KAROL SZONERT

Leszno N. 62

wykonywa wszelkie roboty w zakres drzeworytnictwa wchodzące, jako to: ilustracye, cenniki i t. p. (101)-18-10

Apteka SS-rów K. Iwańskiego

ulica Twarda Nr. 34

poleca wszystkie środki lekarskie krajowe i zagraniczne.

(65)-26-22

DOMOWE KĄPIELE BOROWINOWE

MATTONIEGO
WYCIĄGI BOROWINOWE
SÓL BOROWINOWA.
ŻUG BOROWINOWY.

DOGODNY ŚRODEK DO PRZYGOTOWYWANIA

Kąpieli borowinowych mineralnych i żelazistych
w domu

we wszelkiej porze roku

od wielu lat wypróbowane przy:

zapaleniu macicy, zapaleniu wnętrza macicy, zapaleniu jaj-
ników, zapaleniu około i pozamacicznym, zapaleniu otrze-
wnej, bladaczce, małokrwistości, żoźlach, krzywicy, wysię-
kach, upławach, usposobieniu do poronień, częściowych
porażeniach, goścu, artrytyzmie, pedogrze, nerwobólu
kulszowym i hemoroidach.

HEINRICH MATTONI

FRANCENSBAD,—KARLSBAD,—WIEDEN,—BUDAPEST.

Dostać można we wszystkich Aptekach i składach materyjałów aptecznych.