

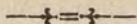
# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH  
W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

## I. BIAŁKOMOCZ PRZY RZEŻĄCZCE.

Podał

Wacław Sterling.



Powikłania, występujące w przebiegu rzeżączki ze strony nerek, w ostatnich dopiero latach zaczęły zwracać uwagę klinicystów, wzmianki jednak o nich możemy znaleźć już w dziełach autorów starszych.

MORGAGNI przytacza w swym LXII liście historię jednego pacjenta, u którego po trzykrotnie przebytej rzeżączce wystąpiły objawy, przypisywane zapaleniu pęcherza. Przy badaniu pośmiertnym znalazł M. nerki małe, zawierające płyn ropiasty, i lekkie nadżarcia około otworów moczowodów.

BELL w dziele swem: „*Traité de blennorrhagie*“ krótko wzmiankuje, że nerki mogą być też dotknięte sprawą rzeżączkową, bądź „*par sympathie nerveuse*“, bądź też wskutek zapalenia wstępującego.

LALLEMAND w swych „*Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*“ i RAYER (*Traité de maladies de reins*) również o sprawach rzeżączkowych w nerkach wspominają.

Dopiero VIDAL de CASSIS pierwszy wyraźnie zaznacza, że rzeżączka może dać początek zapaleniu nerek, uzasadniając swe twierdzenie odpowiednimi spostrzeżeniami. Pierwszą zaś pracę, wyłącznie poświęconą zajmującej nas sprawie, była rozprawa JUBIOT'a [Strasburg 1869]. Autor uważa zajęcie nerek za dalszy ciąg sprawy zapalnej. Zapalenie nerek występuje, według niego, zawsze 12—15 dnia rzeżączki, wyzdrowienie jest regułą. Przeciwno temu twierdzeniu wystąpił CORNIL (*Thèse d'aggregation. 1869*). Przypuszcza on możliwość zajęcia nerek u chorych ze zwężeniem cewki, powikłanem głębokimi zmianami narządów moczowych, zajęcie to jednak nie ma nic charakterystycznego dla sprawy rzeżączkowej. Tenże autor przytacza zdanie FOURNIER'a, który w przeciągu 13 lat nie spostrzegł ani jednego przypadku rzeżączkowego zapalenia nerek. Bóle nerkowe, tak często przy rzeżączce występujące, uważa FOURNIER albo za zwiastuny powikłania ze strony jąder lub przyją-

drza, albo też za skutki działania środków balsamicznych na nerki; w tym ostatnim przypadku znikają one wraz z usunięciem tych środków. Sam zaś FOURNIER (*Dictionnaire de méd. de chir. prat. 1866*) mówi: „...jeszcze więcej wątpliwem jest istnienie rzeżączkowego zapalenia nerek, o którym mogę, zdaje mi się, powiedzieć, że niema ani jednego stwierdzonego przypadku“. Według JACCOUD'a zaś wszystkie cierpienia gruczołu krokowego i cewki mogą stać się punktem wyjścia dla mięszzowego lub ropnego zapalenia nerek; najważniejszą jednak rolę przypisuje on rzeżączce.

Dużo światła na omawianą przez nas sprawę rzuciły prace BALZER'a i SOUPLLET'a (*Annales de dermat. et de syph. 1891—1892*) i BALZER'a i JACQUINET'a (*Sem. méd. 1893*), do których niżej powrócimy. SOUPLLET w swojej rozprawie (*La blennorrhagie, maladie générale. 1893*) odrzuca, jak i poprzednicy jego, wpływ środków balsamicznych na występowanie białkomoczu, i przypuszcza możliwość pewnego rodzaju rozlanego ostrego zapalenia nerek, zależnego od działania jadu dwoinkowego, podobnie jak rzecz się ma przy zakażeniu gruźliczem. W pracy ROCHE'a (*Quelques considérations de la période initiale de la blennorrhagie. Nancy, 1895*), który zajmował się powikłaniami, występującymi ze strony nerek w początkowym okresie rzeżączki, znajdujemy, że białkomocz występuje przeciętnie w jednym na 15 przypadków, przejściowo, nie wpływając zupełnie na ogólny stan zdrowia. Autor ten przytem czyni bardzo słuszną uwagę, że obecność białka w moczu nie wystarcza dla stwierdzenia cierpienia nerek.

W piśmiennictwie lekarskiem polskiem sprawę białkomoczu przy rzeżączce poruszył, o ile mi wiadomo, jeden tylko KRÓWCZYŃSKI [Przegląd Lekarski. 1884. XXIII], zapatrując się na objaw ten z odmiennego nieco punktu widzenia. Mianowicie stwierdził on w 30 przypadkach rzeżączki, że przed wystąpieniem objawów, zwiastujących zwykle zapalenie przyjądrza, w kwaśnym moczu występuje białko. Autor widzi w tém nowy objaw zwiastunowy zapalenia przyjądrza, dający się spostrzegać zazwyczaj w drugim lub czwartym tygodniu przebiegu rzeżączki; po kilkodniowym trwaniu białkomocz znikał we wszystkich prawie przypadkach wraz z wystąpieniem zwiastowanego przezeń powikłania.

Wreszcie GOLDBERG (*Monatshefte für prakt. Dermatol. 1896*) rozróżnia dwa rodzaje białkomoczu przy rzeżączce: wrzekomy i prawdziwy. Białkomocz wrzekomy zależy od obfitości białka w surowicy ropnej, im więcej więc ropy zawiera dany mocz, tem więcej białka znajdziemy w moczu przefiltrowanym — i naodwrot. Białkomocz prawdziwy zależy prawie zawsze od zmian w mięszzu nerkowym, powstając bądź wskutek dalszego rozszerzania się sprawy chorobowej z cewki przez pęcherz moczowy, moczowody na tkankę nerkową, bądź też wskutek przerzutu—przez krew.

Przechodząc do danych statystycznych, w pracy BALZER'a i SOUPLLET'a znajdujemy następujące cyfry: na 424 przypadki rzeżączki, białkomocz stwierdzono w 99 przypadkach, dających się podzielić ze względu na powikłania w następujący sposób:

rzeżączka zwykła . . . . .	21 przypadków
„ z zapaleniem jąder . . . . .	62 „
„ „ „ i pęcherza . . . . .	11 „
„ „ pęcherza . . . . .	5 „
	<hr/> 99=23%.

Z danych tych widzimy, że białkomocz w przebiegu rzeżączki u chorych szpitalnych występuje w 23% przypadków. Wziąwszy jednak pod uwagę chorych z objawami syfilisu wtórnego i te przypadki, w których białkomocz występował nieznacznie i nie trwał dłużej nad cztery dni, autorowie odrzucają 45 spostrzeżeń, pozostałe zaś 54 spostrzeżenia przedstawiają się tak:

1) biorąc na uwagę jedynie zapalenie jąder:	
rzeżączka z zapaleniem jąder . . . . .	42 przyp.
rzeżączka zwykła . . . . .	12 „
2) biorąc na uwagę zapalenie pęcherza:	
rzeżączka z zapaleniem jąder . . . . .	36 przyp.
„ zwykła . . . . .	9 „
„ z zapaleniem jąder i pęcherza . . . . .	6 „
„ zwykła z zapaleniem pęcherza . . . . .	3 „

Wyniki więc pracy BALZER'a i SOUPLER'a daje się streścić w sposób następujący: białkomocz, zasługujący na uwagę ze względu na czas trwania i na swe natężenie, występuje w przebiegu rzeżączki zwykłej i powikłanej w 12½% przypadków.

BALZER i JACQUINET (*Manifestations rénales de l'infection blennorrhagique. La sem. méd. 1893*) na 777 badanych przypadków rzeżączki znaleźli białko w moczu u 131 chorych, nie podają oni jednak żadnych bliższych szczegółów w tej sprawie.

O wiele szczegółowsze wyniki przytacza GÉRAUD w pracy swej „*L'albuminurie dans les affections vénériennes*“. (*Arch. de Méd. milit. 1892*).

Badał on chorych przy następujących cierpieniach:

rzeżączka ostra . . . . .	65
zapalenie jąder . . . . .	18
zapalenie jąder obustronne . . . . .	13
rzeżączka przewlekła . . . . .	12

Białkomocz zaś wystąpił:

na 65 przypadków . . . . .	2 razy
na 18 „ . . . . .	1 raz
na 13 „ . . . . .	9 razy
na 12 „ . . . . .	4 „

16 razy co stanowi prawie 15%.

GOLDBERG (*l. c.*) na 70 spostrzeganych przypadków znalazł białkomocz prawdziwy w 11 przypadkach. Z ogólnej liczby 70 przypadków, 50 chorych miało rzeżączkę ostrą, w przebiegu której u 5 wystąpiło białko. Opierając się

na swych poszukiwaniach, określa GOLDBERG częstość białkomoczu, występującego w przebiegu rzeżączki ostrej, jako 12%.

STOYANCHOFF w tezie swej (*Contribution à l'étude des complications rénales dans la blennorrhagia aigue. Paris. 1897*) przytacza 22 przypadki rzeżączki, powikłanej białkomoczem, które poszczególnie tak się przedstawiają:

rzeżączka z zapaleniem jąder . . . . .	3
rzeżączka zwykła . . . . .	4
rzeżączka z zapaleniem jąder i pęcherza . . . . .	4
rzeżączka z zapaleniem pęcherza . . . . .	11

Badania moje przeprowadzałem na oddziale D-ra med. ELZENBERGA, ko rzystając z materiału zarówno stałego, jak i ambulatoryjnego. Jako odczynnikiem, posługiwałem się zwykle kwasem saletrzanym, rzadziej trójchloroctowym, pikrynowym i innymi. Po oddaniu przez chorego moczu do dwóch szklanek, badałem zawsze drugą porcję, po uprzednim jej przefiltrowaniu, żeby uniknąć białka, zależnego od wydzieliny cewki. Z liczby ogólnej 160 badanych chorych białko znalazłem w 34 przypadkach [ślady do 0,5 a nawet 1,0‰]. Wobec tego jednakże, że czasami występowało ono w nader nieznaczących ilościach, tego rodzaju spostrzeżenia wyłączyłem, jak również te przypadki, w których białkomocz nie trwał dłużej nad cztery dni, wskutek czego pozostały mi 22 obserwacje, godne zaznaczenia.

W ogólnej liczbie 160 spostrzeżeń, występowała:

rzeżączka ostra . . . . .	86
„ i zapalenie jąder . . . . .	32
„ i zapalenie jąder obustronne . . . . .	4
„ i zapalenie pęcherza . . . . .	10
„ przewlekła . . . . .	28

Białkomocz zaś znalazłem:

Na 86 przypadków . . . . .	3 razy
„ 32 „ . . . . .	2 „
„ 4 „ . . . . .	2 „
„ 10 „ . . . . .	7 „
„ 28 „ . . . . .	8 „

Na 160 przypadków było 22 przypadków białkomoczu co stanowi 14%.

Ponieważ jednak dane statystyczne tem większą mają wartość, im obfitszy materiał służył do otrzymania ich, zbierzmy teraz wyniki badań poszczególnych autorów. Wogóle białkomocz przy rzeżączce występuje:

według BALZER'a i SOUplet'a [424 spostrzeżeń] w 12,5% przypadkach,	
„ GÉRAUD'a [108 spostrzeżeń] w 15% „	
„ GOLDBERG'a [70 spostrzeżeń] w 12% „	
„ moich danych w 14% „	

Czyli przeciętna cyfra, wyrażająca częstość białkomoczu przy rzeżączce i otrzymana z badań 762 przypadków tego cierpienia, wynosi 13%.

Zobaczmy teraz, o ile na częstość białkomoczu wpływają powikłania, w przebiegu rzeżączki występujące:

U BALZER'a i SOUPLER'a na 54 przyp. białkomoczu	było 45 przyp. powikłanych
U GERAUD'a	16 " " " 10 " "
U STOYANHOFF'a	22 " " " 18 " "
W naszym oddziale	22 " " " 11 " "

Widzimy więc, że na 114 przypadków białkomoczu, powikłania występują w 84 przypadkach, czyli w 73,5%.

Wreszcie pozostaje nam tylko rozpatrzyć stosunek pomiędzy jakością powikłania i białkomoczem.

	BALZ i SOUPL.	GER.	STOYAN.	Nasz oddz.	
Rzeż. + zapal. jąder . . . . .	36	+ 1	+ 3	+ 2	= 42
" + zapal. jąder + zap. pęcherza	6	+ —	+ 4	+ —	= 10
" + zapalenie pęcherza . . . . .	3	+ —	+ 11	+ 7	= 21
" + " " " obustronne	—	9	+ —	2	= 11
	45	+ 10	+ 18	+ 11	= 84

Z 84 przypadków białkomoczu przy rzeżączce powikłanej, jako powikłania występują:

zapalenie jąder . . . . .	42 razy, co stanowi 50%
zap. jąder + zap. pęcherza	10 " " " 11%
zapalenie pęcherza . . . . .	21 " " " 25%
zapalenie jąder obustronne	11 " " " 12,5%

Patogenezę tej sprawy rozmaicie sobie różni badacze tłumaczyli. Pogląd, przypisujący występowanie białkomoczu drażniącemu działaniu środków leczniczych, może utrzymać się w całej sile w pojedynczych zaledwie przypadkach, kiedy w samej rzeczy z usunięciem środków balsamicznych znika białko. Są jednak całe szeregi spostrzeżeń, w których białkomocz występował, chociaż chorzy środków tych nie przyjmowali zupełnie, co zmusza nas do upatrywania w innym czynniku przyczyny tej sprawy.

Obserwacja kliniczna dostarcza nam nader skąpych danych w tym względzie. Wiemy jedynie, że mężczyźni o wiele częściej cierpieniu temu podlegają, niż kobiety, wiemy dalej, że w przypadkach rzeżączki powikłanej, białkomocz znacznie częściej występuje, niż przy rzeżączce, przebiegającej bez powikłań. Statystyczne dane pouczają nas, że najczęściej białkomocz występuje przy powikłaniach ze strony jąder, że drugie miejsce pod tym względem zajmuje zapalenie pęcherza, trzecie— obustronne zapalenie jąder i pęcherza. Na ogół biorąc, są to wiadomości bardzo skąpe, wagę zaś ich zmniejsza znacznie mały materiał, którym do otrzymania ich posługiwaliśmy się. Dość duże różnice w wynikach poszczególnych badaczy też znaczenie tych danych osłabiają. To też dopiero w miarę nowych prac, dotyczących się tej sprawy, będzie można powiedzieć coś stanowczego o wpływie powikłań rzeżączki na wystąpienie białkomoczu wogóle, i o stosunku, jaki zachodzi między jakością tych powikłań i częstością białkomoczu.

Za uważać przytem należy, że sama obecność białkomoczu, jak to słusznie wyrzekł ROCHE (*l. c.*), nie wystarcza dla stwierdzenia cierpienia nerek. W olbrzymiej większości przypadków białko występuje przez pewien krótszy lub dłuższy przeciąg czasu i znika, pomimo tego, że w leczeniu żadnych zmian nie robimy. Ilekroć jednak białko występuje stale, w ilości znaczniejszej, zawsze wtedy, prócz tego objawu, mamy i inne dane, cechujące niezbitcie cierpienie nerek. Zdaje mi się, że wobec tego dwie te kategorie przypadków białkomoczu powinniśmy ściśle rozróżniać pod względem etyologicznym.

FINGER w swoim podręczniku: „*Blennorrhagie der Sexualorgane*“ w ten sposób objaśnia powstanie białkomoczu: „rzeżączkowemu zapaleniu tylnej cewki towarzyszy białkomocz, często nie mały. Białkomocz ten jest w ścisłym związku z parciem moczu, powiększa się z jego natężeniem i znika z nim razem, żeby z nawrotem jego znów wystąpić. Powstanie tego białkomoczu nie jest zupełnie wyjaśnionem. Można by przypuszczać, że przy całokształcie objawów odruchowych, które wywołuje ostre zapalenie tylnej cewki, i ten białkomocz przedstawia zaburzenia odruchowe, naczynioruchowe. ULTMANN przyjmuje tu teorię RUNEBERG'a“.

„Według RUNEBERG'a, przy nerkach zdrowych białko przechodzi z kłębków do kanalików moczowych, albo przy zmniejszeniu ciśnienia w kłębkach, albo gdy ciśnienie w kanalikach moczowych jest większe, aniżeli ciśnienie wydzielającego się moczu, co powstaje w układzie kanalików, wydalających mocz, przy zastoju moczu. Taki właśnie zastój może zależeć od odruchowego skurczu mięśnia *detrusoris*, przez który przechodzą moczowody“.

Zdanie FINGER'a, które mogłoby być uważane za słuszne, o ile mówimy o przypadkach białkomoczu, występującego w ostrym okresie rzeżączki, nie wystarcza jednak dla objaśnienia nam, dlaczego białkomocz występuje i w przebiegu rzeżączki ostrej, kiedy objawy zapalne już ustąpiły, i w przebiegu rzeżączki przewlekłej, nie powikłanej cierpieniami żadnych narządów, prócz cewki.

GOLDBERG (*l. c.*) stawia występowanie białkomoczu w zależności od dwóch przyczyn:

1) w znacznej większości przypadków [ $\frac{5}{6}$ ] uważa on obecność białka w moczu za wynik zapalenia nerek rzeżączkowego, rozwijającego się wskutek przerzutu;

2) w pozostałych przypadkach uważa on białkomocz za objaw cierpienia, rozszerzającego się *per continuitatem*, jako objaw *cysto-uretro-pyelo-nephritidis*.

BALZER i SOUPLET (*l. c.*) podobnie przypuszczają dwojaką przyczynę tego cierpienia: 1) albo białkomocz jest wynikiem miejscowego zakażenia wstępującego: 2) albo jest on skutkiem zakażenia ogólnego, kiedy w charakterze pośrednika występuje krążenie krwi, przyczem ważną rolę mogą grać toksyny, wyrabiane przez dwoinki NEISSER'a.

Zdaje się, że najcenniejszym materiałem, mogącym służyć do badań nad zajmującą nas sprawą, są przypadki białkomoczu, występującego w przebiegu rzeżączki niepowikłanej. Niestety, do wniosku tego przyszedłem dopiero po

ukończeniu tej pracy i żałuję teraz, że wyłączyłem zupełnie te wszystkie spostrzeżenia, w których białkomocz trwał krócej, niż cztery dni, idąc w tym względzie śladem BALZER'a i pragnąc zebrać dane, o ile można, w takich samych, jak i on, warunkach. Przypadki białkomoczu przy rzeżączce niepowikłanej mogą być właśnie wyrazem albo wchłaniania toksyn dwoinkowych, albo też wchłaniania samych pasożytów [w okresie ostrym] i wydzielania ich przez nerki. Żeby przypuszczenie to uczynić zupełnie prawdopodobnym, należy przyjąć możliwość wchłaniania, *resp.* dalszego przenoszenia pasożytów lub ich toksyn przez krew, a na poparcie tej właśnie możliwości mamy dość dużo dowodów. Przedewszystkiem wiadomo nam, że dwoinki NEISSER'a wytwarzają pewne jady, a przy rozpadzie ich ciał powstają substancje chemiczne, obdarzone własnościami chorobotwórczymi.

Dalej — JULLIEN, HAMONIC, GOLACZ, MONCORRO i inni znajdowali we krwi dwoinki NEISSER'a, AHMANN zaś wyhodował je ze krwi i za pomocą szczepienia na zdrową cewkę wywołał rzeżączkę z groźnymi powikłaniami [Ref. zbiorowy S. STERLINGA. Gaz. Lek. 1897].

Wreszcie obserwacja kliniczna nasuwa nam całe szeregi spostrzeżeń, przy których w przebiegu rzeżączki występowały najrozmaitsze zaburzenia, które mogły powstać jedynie wskutek przerzutu. Oddawna znanym jest związek pomiędzy cierpieniami stawów i rzeżączką. Również opisywane są przypadki zajęcia rzeżączkowego pochewek ścięgien, torebki maziowej, mięśni, okostnej, kości [przypadek KOENIG'a ropnia kości pochodzenia rzeżączkowego], żył, wsierdza [klasyczny przypadek LEYDEN'a: za życia chorego rozpoznano zapalenie wsierdza rzeżączkowe, przy badaniu zaś pośmiertnym w nalotach krwistowłóknikowych wsierdza znaleziono wyłącznie dwoinki NEISSER'a]; dalej, zajęciu rzeżączkowemu mogą podlegać: osierdzie, mięsień sercowy; opłucna, oko [pomijając bezpośrednie zarażenie łącznicy], skóra i tkanka podskórna, a nawet i układ nerwowy. Wobec tych dowodów, wskazujących na możliwość powikłań, występujących w przebiegu rzeżączki ze strony najrozmaitszych narządów wskutek przerzutów przez krew, wobec znajdowania w samej krwi dwoinek NEISSER'a, musimy to samo objaśnienie przyjąć dla białkomoczu, zjawiającego się w przebiegu niepowikłanej rzeżączki cewki, przyjmując, iż zajęcie głębokiej, prostatycznej części cewki nie jest powikłaniem, zajęcie zaś tylko przedniej jej części uważamy za chorobę wyłącznie miejscową, która jako taka, przerzutów nie daje.

Pewne podobieństwo do omawianej przez nas sprawy przedstawia białkomocz, występujący przy syfilisie. Ponieważ objaw ten może zależeć od spraw mięsnych w nerkach, lub może być warunkowany przez podawaną w celu leczniczym rtęć, rzecz prosta, że na uwagę zasługują tu tylko te przypadki białkomoczu syfilitycznego, kiedy występuje on we wczesnych okresach cierpienia i zupełnie niezależnie od podrażnienia nerek podawaną rtęcią [patrz pracę WELANDER'a, *Archiv f. Dermat. u. Syphil.* 1896]. Białkomocz ten, zależny jedynie i wyłącznie od działania jadu chorobotwórczego na nerki, znika pod wpływem leczenia swoistego; przy syfilisie mamy więc niejako kamień probierczy co do natury cierpienia, czego przy rzeżączce niema.

Pod względem przebiegu cierpienia przypadki białkomoczu rzeżączkowego dzielą zwykle na trzy serye. Do pierwszej zaliczymy te przypadki, w których białko występowało przez pewien czas, stanowiąc jedyny objaw zajęcia nerek. Do drugiej—kiedy sprawa szła *per continuitatem*, do trzeciej wreszcie, kiedy występowało zajęcie nerek przy rzeżączce, bezpośrednio, z pominięciem ognisk pośrednich pomiędzy cewką moczową i nerkami.

Bardzo niewiele da się powiedzieć o przypadkach pierwszej kategorii. Sprawa polegała jedynie na występowaniu białka w moczu w niewielkich ilościach; przyczem badanie osadu moczowego żadnych danych, na cierpienie nerek wskazujących, nie dostarcza. Trwanie białkomoczu waha się w granicach dość szerokich [od 4 dni, co przyjęliśmy za *minimum*, do dni 18]. Zauważyć tu muszę, że nie udało mi się potwierdzić spostrzeżenia GOLDBERG'a, na mocy którego ilość ropy w moczu badanym ma się w stosunku prostym do ilości białka, które znajdujemy w moczu przefiltrowanym. Często w moczu, zawierającym bardzo dużo ropy, po przefiltrowaniu nie wykrywałem białka wcale, lub też bardzo mało. Przejściowy ten białkomocz często występuje bez towarzyszenia objawów podmiotowych, a więc bez bólów, bez parcia na mocz, tak, że przypuszczenie FINGER'a trudno dałoby się tu zastosować.

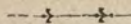
Jak niepostrzeżenie występuje białkomocz, tak też i znika, nie wpływając zupełnie na ogólny obraz cierpienia.

W przypadkach, w których cierpienie przechodzi na nerki *per continuitatem*, ogniwem pośrednim zwykle bywa pęcherz. Mamy więc wtedy zapalenie pęcherza ze zwykłymi w takich razach objawami. Ilość białka bywa dość rozmaita w różnych przypadkach, przyczem i tu nie można stwierdzić związku jej z ilością ropy. Mocz po odstaniu się dzieli się na dwie warstwy: górną, mętną, i dolną, wyraźnie mętną; jest to t. zw. mocz nerkowy GUYON'a. Wogóle obecność ropy w moczu jest charakterystyczną cechą tej sprawy, ropomocz ten jednak nie jest zjawiskiem stałym, lecz to występuje, to znów na kilka dni znika. W osadzie moczowym znajdujemy ciała ropne i śluzowe. Wałeczki szkliste lub nabłonkowe spotykamy nader rzadko.

Co do trzeciej wreszcie kategorii, kiedy zajęcie nerek powodowane jest przez krążenie krwi, ewentualnie toksyny dwoinek, powiedzieć muszę, że pomimo dość pilnych poszukiwań, nie udało mi się ani razu znaleźć w osadzie moczowym danych, niezbitcie cechujących zajęcie nerek, tak, że dla mnie osobiście wszystkie przypadki białkomoczu rzeżączkowego dzielą się na dwie tylko grupy: kiedy sprawa idzie pośrednio przez pęcherz i bezpośrednio drogą przetrzutów przez krew.

---

## L I T E R A T U R A,



- 1) BALZER et SOUPLÉ. Annales de dermatologie et de syphil. 1891. Avril.
- 2) Tenże. Annales de dermat. et de syphil. 1892. Février.
- 3) ZEISSL. Lehrbuch der Syphilis und der örtlichen vener. Krankheiten. 1888.
- 4) BALZER et JACQUINET. Sem. médic. 1893.



- 5) SOUPLÉT. La bleuo rrrhagie, maladie générale. 1893.
- 6) BREITENSTEIN. Wiener med. Wochenschr. 1893.
- 7) ROCHE. Quelques considérations de la période initiale de la blennorrhagie. 1895.
- 8) FINGER. Blennorrhöe d. Sexualorgane.
- 9) KRÓWCZYŃSKI. Przegl. Lekarski. 1884.
- 10) GÉRAUD. Archives de Méd. milit. 1892.
- 11) GOLDBERG. Monatshefte für pract. Dermat. 1896.
- 12) STOYANTCHOFF. Contribution à l'étude des complic. rénales dans la blennorrhagie aiguë. 1897.
- 13) Refer. zbiorowy S. STERLINGA. Gaz. Lek. 1897.
- 14) WELANDER. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1896.

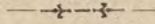
## II. PRZYCZYNEK DO ODŻYWIANIA TYFUSOWYCH.

[Czytane w streszczeniu d. 12 maja r. b. w Tow. Lek. Wileńsk.].

Podał

**Maryan Górnicki** <sup>1)</sup>,

lekarz przy czasowym miejskim baraku dla chorych zakaźnych w Wilnie.



Niejednokrotnie już kwestya odżywiania gorączkujących wogóle, a tyfusowych w szczególności, była traktowaną w literaturze przez wielu klinicystów-badaczy, a jednak dotychczas nie została rozstrzygniętą w zupełności. Wszyscy dziś prawie klinicyści zgadzają się pod tym względem, że podczas długiej gorączki trzeba koniecznie dobrze żywić ustrój, lecz na pytanie, jak i czem żywić, otrzymamy takie mnóstwo różnorodnych zdań i zapatrywań, tyle dowodów za i przeciw, że w końcu nie jesteśmy w możności dojść do jakiegokolwiek pewnego wyniku i musimy nadal trzymać się tradycyjnego zdania, że w tyfusie trzeba koniecznie trzymać chorych na ścisłej dyecie. Tymczasem kwestya żywienia chorych tyfusowych jest nadzwyczaj ważną, już choćby z tego względu, że seroterapia jeszcze w sprawie zubożenia czynni-

<sup>1)</sup> *Przypisek redakcyi.* Godząc się najzupełniej z autorem niniejszego artykułu co do potrzeby odżywiania chorych gorączkujących wogóle, a tyfusowych w szczególności, jesteśmy przekonani, że tem samem podziwiamy pogląd dziś już uznany przez ogół współczesnych lekarzy. Nie jesteśmy zwolennikami diety głodowej; sądzymy wszakże, że odżywianie chorych tyfusowych wymaga zastosowania pewnej ogłędności i rachowania się ze zmienionymi przez chorobę warunkami. Diety zalecanej przez autora, zarówno ze względu na ilość, jak i jakość przepisywanych chorem pokarmów nie możemy uważać za odpowiednią w tyfusie brzuszny, a to właśnie dlatego, że, jak powszechnie wiadomo, gorączka wywiera wpływ ujemny na sprawę trawienia pokarmów i że prócz tego mamy tu do czynienia ze zmianami miejscowemi w samych narządach trawienia. Pomyślnie wyniki, osiągnięte przez autora, zachęcają do dalszych badań w tym kierunku, nie pozwalają wszakże na wyprowadzenie już teraz stanowczych wniosków z powodu zbyt małej liczby spostrzeżeń. Zresztą już sam brak łaknienia, towarzyszący zwykle cięższym postaciom tyfusu brzuszego, musi stanąć na przeszkodzie w większości przypadków stosowaniu tak obfitej i pożywnej diety.

ków chorobotwórczych nie zrobiła dostatecznych postępów i dotychczas nie jesteśmy w możności działać na samą przyczynę choroby, a musimy leczyć objawowo i wyczekująco. Gdy zauważymy u chorego upadek sił, upadek działalności serca, tętno miękkie, słabe, przerywane, nierówne i nitkowate, wtedy jednoznacznie mówimy, że należy podniecać chorego, lecz czyż samymi tylko pobudzającymi i wzmacniającymi środkami jesteśmy w możności pobudzić do życia wyczerpany długą i wysoką gorączką ustrój.

Nie przesadzę, jeżeli powiem, że same *excitantia* nie są w możności spełnić tej roli, jaką im przypisujemy. Czyż nie staramy się cierpiących na gruźlicę płuc z widocznym owrzodzeniem gruźliczym jelit i podwyższoną ciepłotą namawiać, aby starali się jeść jak najwięcej i czy nie staramy się wynajdywać dla nich takie potrawy, któreby im przypadły do smaku i czy nie wmawiamy im, że, jeżeli będą starać się jeść jak najwięcej, to wtedy zwalczą chorobę, a pomimo to u tych chorych nie spotykaliśmy ani krwotoków kiszkowych, ani przedziurawień z powodu tego lub owego pokarmu.

Natomiast zauważyliśmy, że w gruźlicy natężone żywienie z uwzględnieniem pokarmów białkowych podnosi znakomicie odporność ustroju i jeżeli w rzadszych tylko przypadkach uzdrawia, to zato niemal zawsze trwanie życia znakomicie przedłuża. Wiadomo, że protoplazma komórek, zatruta przez swoiste produkty zakażenia, zamiera, rozpada się i ustrój traci znaczną część białka. Występujące w moczu ciała, dające dyazoreakcyę i inne, dowodzą nie tylko powiększonego utleniania białka, ale rozpadania się białka tkankowego. Z drugiej strony wskutek podrażnienia właściwych ośrodków nerwowych podniesiona ciepłota ustroju i powiększona tem samem sprawa gorzenia powoduje zwiększony rozkład białka krążącego, dzięki któremu ustrój popada w stan inanicyi. Wysoki stan inanicyi powoduje również rozpad białka uorganizowanego tkanek. Przez dowóz pokarmu nie podnieca się gorączki jak to dawniej sądzono, lecz dostarcza się materiału palnego w celu zaoszczędzenia od pożaru składników samych tkanek, a zarazem dla częściowej choćby odbudowy zniszczonych.

H. NUSSEBAUM<sup>2)</sup> twierdzi, że w ostrych gorączkach trzeba koniecznie karmić chorego i że dowóz odpowiednio strawnego i w odpowiedniej ilości pokarmu ocala nieraz życie.

Wprawdzie nie każdego chorego na tyfus można zachęcić i zmusić do jedzenia, lecz dlaczego nie karmić tych, którzy chcą i pragną?

Dlaczegoż więc chorych na tyfus trzymać na ścisłej diecie, jeżeli do tego nie mamy pewnych naukowych podstaw? Czy rzeczywiście jesteśmy pewni, że kleik lub ekstrakt mięsny, do których chory czuje tylko wstręt, będzie dla niego korzystniejszym, aniżeli kawior, śledzie, ryby, mięso i jarzyny, o które chory prosi i prawie się domaga? Czy rzeczywiście ten mur chiński, wzniesiony w zamierzchłej przeszłości przez naszych poprzedników, opiera się na tak niewzruszonych podwalinach, które nie jest w stanie żadna siła obalić i dalej musimy kroczyć w kierunku zakreślonym nam przez przeszłość?

<sup>2)</sup> Gazeta Lekarska Nr. 3. 1896 r. O najgłówniejszych zasadach terapii i jej sprawności.

Pierwszymi koryfeuszami żywienia chorych w ostrych gorączkach mięsnymi i obfitymi pokarmami byli angielscy lekarze: GRAVES, MURCHISON i inni; lecz głos ich we własnej ojczyźnie przebrzmiał bez skutku, ponieważ z jednej strony większość lekarzy, a z drugiej publiczność z powątpiewaniem i niewiarą przyjęła ich wniosek i dopiero przed 2 laty prof. BARRS<sup>3)</sup> na podstawie 3-letnich swych obserwacji zaczął znów dowodzić, że trzymanie tyfusowych na ścisłej dyecie jest szkodliwym. W ślady anglików wstąpili lekarze rosyjscy: S. P. BOTKIN, W. A. MANASSEIN, I. F. CZUDNOWSKIJ i wielu ich uczniów. Ci na podstawie kilkuletnich klinicznych obserwacji przyszedli do wniosku, że obfita i urozmaicona dyeta w tyfusie nie tylko nie szkodzi, lecz przeciwnie pod wielu względami wywiera wpływ dobroczynny. Tylko Niemieccy i większość lekarzy francuskich nie chcą zerwać z tradycją i trzymają chorych w tyfusie na ścisłej dyecie.

Prof. EICHHORST<sup>4)</sup>, ZIEMSEN<sup>5)</sup> i LIEBERMEISTER<sup>6)</sup> dają w okresie gorączkowym w tyfusie tylko płynne pokarmy i dopiero 7 dnia po zupełnym spadku ciepłoty stopniowo i z wielką ostrożnością wracają do diety mięsnej. S. JACCOUD<sup>7)</sup> od samego początku chorych na tyfus nie trzyma na ścisłej dyecie, lecz daje: rosół wołowy, mleko i 250 gramów wina Bordeaux; jeżeli pomimo tego w 3 tygo dniu stan sił chorego pogarsza się, robi 2 lub 3 razy dziennie małe ławatywy z rosółu i wina w równych częściach, a czasami z dodatkiem peptonów. Jak tylko gorączka zaczyna ustępować, dodaje do rosółu nieco bulionu, a jak ciepłota zupełnie opada, daje smażone mięso w małej ilości, nie zwracając żadnej uwagi na możliwą obecność *febris carnis*. Objawy niestrawności o wiele są rzadsze u tych chorych, którzy w okresie gorączki nie byli trzymani na ścisłej dyecie.

Prof. BROUARDEL i D-r THOINET<sup>8)</sup> radzą w tyfusie dobrze odżywiać od samego początku. Podczas trwania gorączki dają: bulion, żółtka i lekkie zupy, później sok mięsny i jajka. W okresie rekonwalescencji dają mięso siekane, kureczęta, ryby i kompót z owoców. LE GENDRE<sup>9)</sup> w okresie gorączkowym nie radzi dawać nawet mleka, ponieważ jest tego zdania, że mleko sprawia wzdęcie żołądka i kiszek, odbijanie i bóle, a czasami wymioty, daje zaś kleik, ekstrakt mięsny, bulion, miód i soki owocowe. Jeżeli przebieg nie jest ciężkim, pozwala dawać chorym zbierane mleko lub rozcieńczone wodą. Prof. A. JACOBI<sup>10)</sup> w okresie gorączkowym daje dzieciom mleko, kleik, ekstrakt mięsny i białko z jednego lub dwóch jajek. Według jego przeko-

3) Wracz. 1897 r. Nr. 4. str. 110.

4) Rukowództwo k ezastnoj patologii i terapii 1892 rok. T. IV. str. 50.

5) F. PENZOLDT i R. STINZING. Rukowództwo k ezastnoj terapii wautrennich bolezniej. Wypusk V. Infekcyonnyja bolezni. Wypusk III. str. 428.

6) Lekcyi ezastnoj patologii i terapii. T. I. Infekcyonnyja bolezni. str. 164.

7) Wykład patologii szczególowej i terapii. Przekład z 7-go francuskiego wydania. Warszawa. T. III. str. 634, 635, 638.

8) Wracz. 1898 r. str. 787.

9) Wracz. 1898. Nr. 27, str. 787.

10) Terapia dietskago wozrasta, tłum. z angielskiego LAZAREWA. 1897. str. 125.

kania, należy dawać więcej substancyi białkowych, a mniej wodorów węgla. Prof. N. T. FIEATOW <sup>11)</sup> daje w okresie gorączkowym tylko płynne pokarmy i mleko, lecz gdy zauważy od mleka wzdęcie brzucha i bóle, wtedy radzi dawać mleko w równych częściach z wodą. Po zupełnym spadku ciepłoty daje siekane mięso z chlebem rozmoczonym.

Z cytat powyższych możemy wywnioskować, że większość lekarzy dotychczas jest przeciwną żywieniu chorych tyfusowych pokarmami mięsnymi. Pogląd ten polega głównie na następujących danych: 1) że czynność narządów trawienia w okresie gorączkowym jest osłabiona, 2) że jakoby zwiększony dowóz białka i tłuszczu źle się asymiluje i powiększa rozpad substancyi azotowych, wodany zaś węgla zmniejszają go i zaoszczędzają od pożaru białko samych tkanek, 3) z obawy krwotoków i przedziurawień owrzodzonych jelit. Że czynność narządów trawienia w okresie gorączkowym jest osłabioną, z tem wszyscy się zgadzają, lecz przekonanie to powstało wtedy, gdy jeszcze nie uwzględniano stosunku, zachodzącego między czynnością narządów trawienia i psychiką.

Prof. PAWŁOW <sup>12)</sup> i jego uczniowie stwierdzili, że wydzielanie soku żołądkowego nie tyle jest zależnem od mechanicznego i chemicznego podrażnienia wydzielniczych narządów zawartością żołądkową, ile od delectowania się jedzeniem, od chęci jedzenia, t. j. od bodźca psychicznego. Prof. PAWŁOW wykazał tę zależność prawie dla wszystkich narządów trawienia, a ponieważ dawniej ta zależność nie była dostatecznie uwzględniana, więc i wszystkie poprzednie wyniki nie są bez zarzutu.

Teraz postaram się rozebrać pojedynczo każdą fazę trawienia, aby wyświecić, o ile czynność pojedynczych narządów trawienia w okresie gorączkowym jest słabszą od takowej w stanie zdrowym.

TUCZEK <sup>13)</sup> określił, że zdrowy człowiek w przeciągu godziny wydziela nie jednakową ilość śliny i że ilość ta zależy od jakości pokarmów i wieku.

G. J. JAWEIN <sup>14)</sup> twierdzi, że w okresie gorączkowym średniego natężenia ilość śliny zwiększa się, zaczynowa zaś siła pozostaje bez zmiany, podczas zaś wyższego natężenia ilość śliny znacznie się zmniejsza, a siła zaczynowa cokolwiek się zwiększa.

UFFELMANN <sup>15)</sup> twierdzi, że w okresie gorączkowym siła zaczynowa śliny pozostaje bez zmiany. Jeżeli zaś jeszcze weźmiemy pod uwagę to, że akt żucia pobudza mechanicznie ślinianki i ich narządy wydzielnicze do obfitego wydzielania śliny, to przyjdziemy do wniosku, że ani ze strony wydzielniczej, ani zaczynowej niema przeciwwskazania do trzymania chorych tyfusowych na dyecie mięsnej i urozmaiconej, a gdy do tego jeszcze dodamy to, że akt żucia, pobudzając wydzielanie się śliny, nie dozwala na jej zatrzymywanie się w śliniankach, wskutek czego zabezpiecza je od przenikania z ze-

<sup>11)</sup> Lekeyi ob ostrych infekcyjnych bolezniah u dietiej. Wypusk I. str. 154.

<sup>12), 13)</sup> Realnaja Encyklopedja med. nauk. T. VI i XV. str. 10, 4.

<sup>14)</sup> Wracz 1891. str. 797.

<sup>15)</sup> Według JAWEIN'a.

wnątrz w nie chorobotwórczych ustrojów i tworzenia się ropni. O wpływie gorączki na wydzielanie soku żołądkowego wiemy, że zawartość w nim kwasu solnego bardzo się zmniejsza. LEUBE, KUSSMAUL, UFFELMANN <sup>16)</sup> i inni w płynnej zawartości żołądka u gorączkujących wykazali pepsynę w ilości prawidłowej, zawartość zaś kwasu solnego okazała się zmniejszoną.

COHNHEIM <sup>17)</sup> twierdzi, że w pojedynczych przypadkach i u gorączkujących stwierdzono w soku żołądkowym prawidłową zawartość kwasu solnego.

M. SCHIFF <sup>18)</sup> twierdzi, że w ciężkich postaciach gorączki gruczoly pepsynowe tracą własność wyrabiania zaczynu sernikowego. Przeciwnie zaś T. W. PAVY i HOPPE SEYLER <sup>19)</sup> twierdzą, że nastój błony śluzowej ludzi zmarłych z chorób zakaźnych zachowuje własność trawienia równie silną, jak i zdrowych.

W. A. MANASSEIN <sup>20)</sup> twierdzi, że jeżeli do soku żołądkowego gorączkujących zwierząt dodać kwasu solnego, to otrzymamy sok, który również dobrze trawi, jak sok zdrowych.

U ludzi zaś zmarłych z chorób zakaźnych nastój błony śluzowej żołądka w 6<sup>0</sup>/<sub>00</sub> roztworze wodnym kwasu solnego również dobrze trawi surowy włóknik, a białko nie gorzej, jak podobny nastój, otrzymany ze zdrowej błony śluzowej.

Doświadczenia MANASSEINA o tyle są ważne, że nam wskazują sposób, jak podnieść upośledzoną siłę trawienia żołądka, a oprócz tego objaśniają nam pragnienie do kwasów, które tak często obserwujemy u gorączkujących.

Prof. S. BOTKIN <sup>21)</sup> twierdzi, że u chorych tyfusowych najpierw zmniejsza się, później znika kwas solny, następnie zaczyn sernikowy, a w końcu ilość pepsyny zmniejsza się, lecz nigdy zupełnie nie znika.

Prof. GLUZIŃSKI <sup>22)</sup> nie zupełnie zgadza się z BOTKINEM i na podstawie prac WOLFRAM'a wyprowadza następujące wnioski: 1) w okresie gorączkowym u chorych tyfusowych kwas solny znika, 2) sok żołądkowy nie trawi ani zewnątrz, ani wewnątrz ustroju, 3) dobrze trawi zewnątrz ustroju, jeżeli dodać odpowiednią ilość kwasu solnego, 4) dobrze trawi od czasu zupełnego spadku ciepłoty wewnątrz i zewnątrz ustroju, 5) w przypadkach przewlekłych dobrze trawi i w okresie gorączkowym. Ta sprzeczność dwóch powyższych badaczy prawdopodobnie zależy li tylko od niejednakowego sposobu doświadczeń.

EWALD twierdzi, że sok żołądkowy w okresie gorączkowym trawi powolniej, aniżeli w zdrowym.

Z cytatach powyższych wynika, że chociaż siła trawienia żołądka w okresie gorączkowym zmniejsza się, lecz nigdy nie znika zupełnie, a nawet przy pewnych warunkach można ją sztucznie powiększyć. Jeżeli raz jeszcze wspomnę

<sup>16), 17)</sup> Odczyty z patologii ogólnej. T. II. str. 141 przekład z 7-go francus. wydania. 1882. Warszawa.

<sup>18), 19), 20)</sup> Wraez Nr. 29. str. 854, 1898.

<sup>21)</sup> Jeżeniedielnaja kliniczeskaja gazeta. 1889. Nr. 29, 22.

<sup>22)</sup> Wraez. 1886. Nr. 41. str. 739.

o doświadczeniach LUDWIG'a, CZERNY'ego i OGANT'a<sup>23)</sup>, a z drugiej strony przytoczę komunikaty SCHLATTER'a<sup>24)</sup> i innych chirurgów, którzy po zupełnem usunięciu żołądka obserwowali prawie normalną siłę trawienia, to można powiedzieć, że żołądek nie jest bezwarunkowo niezbędnym, a zatem i odnośnie do żołądka nie mamy naukowych podstaw do trzymania chorych tyfusowych na ścisłej dyecie.

Co się zaś tyczy wchłaniającej czynności żołądka, to podług ZWERFEL'a<sup>25)</sup> czynność ta jest upośledzoną, lecz niezależną od stopnia ciepłoty. Siła zaś ruchowa żołądka w okresie gorączki wysokiego natężenia jest upośledzoną i zależy od stopnia tłuszczowego zwyrodnienia mięśni, co prawdopodobnie jest skutkiem inanicyi i beczynności. obrońcy trzymania chorych tyfusowych na ścisłej dyecie przytaczają jeszcze na swoją obronę ten zarzut, że w okresie tyfusu na błonie śluzowej żołądka zdarzają się owrzodzenia, lecz ponieważ je spotykamy bardzo rzadko, więc i ten zarzut nie ma dostatecznej naukowej podstawy.

CHAUFFARD<sup>26)</sup> obserwował w ciągu swej praktyki zaledwie w trzech przypadkach owrzodzenia w żołądku. Wiadomo także, że sok żołądkowy tem skąpiej się wydziela, im mniej pobudzana będzie błona śluzowa przez zetknięcie z naturalnymi swymi bodźcami, t. j. pokarmami.

Co się tyczy żółci, to wiadomo nam, że żółć wpływa na trawienie tłuszczu, strąca pepsynę, pobudza ruchy robaczkowe jelit i opóźnia gnicie miazgi pokarmowej.

FRERICHS twierdzi, że ilościowe i jakościowe zmiany żółci w okresie gorączkowym tyfusu zależne są od stopnia zwyrodnienia komórek wątroby.

UFFELMANN<sup>27)</sup> na podstawie swych spostrzeżeń nad pewną chorą z przetoką pęcherzyka żółciowego twierdzi, że wydzielanie żółci zmniejsza się w okresie gorączkowym.

FR. MILLER<sup>28)</sup> twierdzi, że człowiek z przetoką pęcherzyka żółciowego przyswaja tłuszczów *maximum* 40—50%. Wiadomo też, że ilość wydzielanej żółci zależy od ilości i jakości spożywanych pokarmów: albowiem w stanie zgłodniałym wydzielanie żółci schodzi do *minimum*; niewiele też wydziela się jej przy wyłącznem żywieniu tłuszczem; więcej już przy żywieniu chlebem, a jeszcze więcej przy pokarmie mięsnym; najobfitsze wydzielanie stwierdzili wszyscy badacze przy obfitem żywieniu, złożonem z mięsa i chleba.

Widzimy więc, że w okresie gorączkowym wydzielanie żółci nie przerywa się, lecz zmniejsza i że nawet w tych przypadkach, w których przewód pęcherzykowy zostaje zatkanym, pewna część tłuszczów pomimo tego wsysa się, a zatem i zmniejszona ilość wydzielanej żółci nie stanowi przeciwwskazania do karmienia chorych tyfusowych pokarmami mięsnymi.

<sup>23)</sup> Realnaja Encykłopeja med. nauk. A. EULENBURG. T. XV. str. 11.

<sup>24)</sup> SCHMIDT's Jahrbücher gesamt. medicin. 1898. T. 257. Nr. 2. str. 151.

<sup>25)</sup> Wracz. Nr. 29. 1898.

<sup>26)</sup> BROUARDEL i THOINOT. Tyfus brzuszny. str. 59.

<sup>27), 28)</sup> Realnaja Encykłopedja med. nauk. T. XV. str. 21.

W okresie gorączkowym, sądząc ze spostrzeżeń prof. STOLNIKOWA<sup>29)</sup>, wydzielanie soku trzustkowego najpierw się wzmacnia, a później znacznie się zmniejsza, jednak nigdy nie przestaje się wydzielać, zaczyn zaś trzustkowy zmienia swą siłę odpowiednio do tego, jakie substancje przeważają w pokarmach. Tak np. innym razem zaczyn białkowy pozostaje na normalnej stopie, siła zaś dyastatycznego i tłuszczowego zmniejsza się. Doświadczenia prof. STOLNIKOWA mają doniosłe znaczenie choćby już z tego względu, że przeciwnicy karmienia stałymi pokarmami twierdzą, że trawienie ciał białkowych w okresie gorączkowym zostaje upośledzone.

Co się zaś tyczy czynności wydzielniczej jelit, to wiadomo, że *chymus* z żołądka wstępuje do kiszki nie nagle, lecz stopniowo niewielkimi porcjami i każdym razem wstępuje taka ilość, jaka może się wessać w bardzo krótkim czasie. Nawet po obfitej ilości spożytego pokarmu pomiędzy 3 i 10 godziną dwie trzecie części wierzchniego odcinka kiszki cienkich pozostają puste. Większa część tej miazgi pokarmowej, jeszcze nie obrobionej, pod wpływem soku trzustkowego rozpuszcza i wsysa się.

EWALD i JANKOWSKI<sup>30)</sup>, poddając badaniu *chymus*, wydzielający się z przetoki kiszki cienkiej, znajdującej się w okolicy kiszki ślepej ponad zastawką BAUHIN'a, nie wykryli w nim produktów gnicia ciał białkowych.

NENCKI<sup>31)</sup> twierdzi, że rozpad wodorów węgla odbywa się w kiszkiach cienkich, rozpad zaś ciał białkowych w kiszce grubej.

Z przejściem mas pokarmowych do kiszki grubej następuje zgęszczenie ich z powodu utraty pewnej części wody i przemiana w kał. Jedną tylko celuloza nie przechodzi w stan płynny, lecz i ta rozmiękcza się i stopniowo podlega gniciu. Widzimy więc, że *chymus* z wyjątkiem celulozy nie zawiera w sobie takich części składowych, które szkodliwie mogłyby wpływać na zmianą ścianę kiszki. Co się zaś tyczy roli, jaka przypada sokowi kiszkiemu w sprawie trawienia, to ta podług COHNHEIM'a<sup>32)</sup> jest bardzo podrzędną. O zmianach zaś, jakie zachodzą w soku kiszkiowym w okresie gorączkowym prawie nie wiemy. Wsysanie mas pokarmowych stanowi główną rolę kiszki w sprawie trawienia. Z powyższych danych możemy wywnioskować, że funkcja narządów trawienia kiszki w okresie gorączkowym mało jest nam znana, a zatem i z tej strony nie mamy bezwarunkowych podstaw trzymania chorych tyfusowych na ścisłej diecie.

I drugi zarzut obrońców inanicyi, jakoby powiększony dowóz białka i tłuszczu źle się asymiluje i powiększa rozpad substancji azotowych, jest pozbawiony naukowego uzasadnienia. Wiadomo nam, że procent przyswajania u zdrowych zależnym jest od rodzaju pokarmu.

Przy wyłącznym żywieniu mięsem i jajami przyswajają się materji białkowej 97%, przy żywieniu mlekiem 89—99%, pszennym chlebem 78%, razowym

<sup>29)</sup> Materiały k woprosu o funkcji podżełudocznój żelazy przy liehoradkie. Dissertacia. St. Petersburg. 1880.

<sup>30), 31)</sup> Realnaja Encyklopedja med. nauk. T. XV. str. 18, 19.

<sup>32)</sup> Odczyty z patologii ogólnej. Przekład z 2-go wydania 1882 r. Warszawa. T. II. str. 231.

i kartoflami 68%. Wodanów węgla, pochodzących z pokarmów roślinnych i owoców, przyswaja się 97%, tłuszczów 95%. Przemiana materii azotowej, podług badań E. D. BARTAŁOWSKIEGO <sup>33)</sup>, jest najwyższą przy wyłącznie mięsnej dyecie 108,6%, przy mieszanej 90,6%, różnorodnej roślinnej 87,5%, jednorodnej roślinnej 300%. Widocznie przy odżywianiu jednorodnymi roślinnymi pokarmami następuje rozpad białka ustrojowego, jako rezultat inanicyi białkowej. Wagą ustroju przy urozmaiconej dyecie wzrasta, a przy li tylko mięsnej obniża się. Widzimy więc, że dyeta urozmaicona jest najodpowiedniejszą dla ustroju.

Prof. ZASIECKI <sup>34)</sup>, HOESSLIN <sup>35)</sup> i CZERNÓW <sup>36)</sup> stwierdzili za pomocą troskliwych badań, że przyswajanie w okresie gorączkowym nie jest gorszem, aniżeli u zdrowych. Aby nie wyliczać wszystkich badaczy, zajmujących się sprawą przyswajania ciał białkowych i tłuszczów w tyfusie brzuszny, przytoczę przeciętną z dat, umieszczonych w tablicy D-ra PURITZ'a <sup>37)</sup> według cyfr wielu autorów:

Przyswajanie się w %	Przy żywieniu wyłącznie mlekiem:		Przy żywieniu urozmaiconymi pokarmami:	
	białka,	tłuszczów	białka,	tłuszczów
u zdrowych	92	95	94	96
u tyfusowych	92	90	88,5	86

To są przeciętne cyfry przyswajania substancji białkowych i tłuszczów w tyfusie brzuszny przy normalnej ich zawartości w pokarmach. PURITZ <sup>38)</sup> pod kierunkiem prof. CZUDNOWSKIEGO badał przyswajanie białka i tłuszczów przy nadmiernej ich zawartości w pokarmach i doszedł do wniosku: 1) że w rozmaitych okresach tyfusu brzuszno przyswaja się znaczna ilość białka i tłuszczów; 2) że zwiększony dowóz białka i tłuszczów wywołuje zwiększony ich rozpad, również jak i u zdrowych, jednakże ten zwiększony rozpad nie jest szkodliwym dla chorego, ponieważ dzienne straty substancji azotowych przy zwiększonym dowozie białka są mniejsze o 20—25% w stosunku do strat przy inanicyi; 3) strata na wadze jest o 2,3% mniejszą u chorych dostatecznie odżywianych, aniżeli u tych, którzy byli trzymani na ścisłej dyecie; 4) zwiększony dowóz białka nie wywołuje żadnych powikłań ani ze strony kiszki, ani ze strony ciepłoty; 5) nie bywa dłuższego peryodu gorączkowego, ani częstszych nawrotów choroby. Rezultaty kliniczno-laboratoryjnych doświadczeń odnośnie do chorych tyfusowych, trzymanych na obfitej i urozmaiconej dyecie, potwierdzają i czysto kliniczne obserwacje i statystyka.

Prof. ZASIECKI <sup>39)</sup> w klinice W. A. MANASSEINA obliczył śmiertelność z tyfusu brzuszno na 180 chorych za 5½ lat i otrzymał śmiertelność 5,5%

<sup>31)</sup> Wracz. Nr. 31 1898.

<sup>34)</sup> Wracz. 1882.

<sup>35)</sup> i <sup>36)</sup> Wracz. 1884. str. 187.

<sup>37)</sup> Wracz. 1893. str. 733, 767.

<sup>38)</sup> K woprosu ob usilennom kornuleni brisuszno-tifoznyh. Dissertatia. 1891. Petersburg.

<sup>39)</sup> Wracz. 1884. str. 186.



i 9% jeżeli liczyć tylko same ciężkie przypadki. Przedziurawień nie widział ani razu; raz tylko niewielki krwotok z pomyślnem zejściem. Podczas całego okresu gorączkowego dawał chorym zupę, mleko, jajka, chleb, bułki, mięso i kotlety.

Prof. Czudnowskij w 1880 roku, jako naczelnny lekarz tymczasowego miejskiego szpitala dla zakaźnych dawał chorym w okresie gorączkowym w tyfusie brzuszny nawet przy 40° ciepłocie barszcz, mięso i chleb razowy i w rezultacie okazało się, że przy podobnym żywieniu stan tyfusowy polepszył się, biegunka ustępowała i chorzy wogóle czuli się lepiej na siłach. Przy takim żywieniu otrzymał 10% śmiertelności w tyfusie wysypkowym.

W. T. Buszujew<sup>40)</sup> w 1895/6 roku w szpitalu wojskowym w Kijowie wspólnie z D-rem I. L. Sarcewiczem na 154 przypadkach tyfusu brzuszno-go badał wpływ obfitej i urozmaiconej diety. Buszujew trzymał swych chorych na obfitej i urozmaiconej dyecie, Sarcewicz na ścisłej. Buszujew otrzymał śmiertelność 10%, a Sarcewicz 12,1%. Oprócz tego u chorych Buszujewa przeciąg okresu gorączkowego był mniejszy, stan tyfusowy lżejszy, objawy podmiotowe słabsze i ani razu nie było ani krwotoku, ani przedziurawień. W 1897 roku Buszujew obserwował 318 chorych na tyfus i otrzymał śmiertelność 8,2%, a przeciętna śmiertelność w ostatnim 10-leciu w Kijowie wynosiła 12,4%.

Z powyższego materiału klinicznego i statystycznego, aczkolwiek małego, nie można jeszcze wysnuć stanowczych wniosków, lecz i z tego da się przewidzieć, że trzymanie chorych tyfusowych na ścisłej dyecie nie jest opartem na tak niewzruszonych podstawach i że rezultaty osiągnięte przy żywieniu obfitą i urozmaiconą dietą nie są gorsze, aniżeli przy ścisłej, a nawet cokolwiek lepsze. Jeżeli jeszcze porównamy stan tyfusowy ze stanem inanicyi, to się okaże, że pod wielu względami oba te stany mają wiele cech wspólnych. Wiadomo nam, że zwierzęta w stanie inanicyi stają się słabe i popadają w apatyę, unikają najmniejszych ruchów, słabo oddziałują na wszelkie bodźce zewnętrzne, czucie tępieje i czasem gorączkują. Prawie taki sam obraz przedstawia stan tyfusowy.

U ludzi po długiej inanicyi pozostaje osłabienie umysłowe, co się zdarza i u tyfusowych. W stanie inanicyi często bywa bredzenie i biało w moczu; to samo spotykamy i w tyfusie. Ponieważ stan inanicyi pod wielu względami nie różni się od tyfusowego, więc możemy zapytać, czy czasem obu tych stanów nie powoduje jedna przyczyna i czy toksyny, wytwarzające się w stanie inanicyi i w okresie tyfusu, nie są pokrewne; albowiem im chory w okresie gorączkowym mniej przyjmuje pokarmów, tem więcej występuje podobieństwo obu tych stanów. Nawet wyniki anatomo-patologiczne stwierdzają podobieństwo obu tych stanów. W stanie inanicyi następuje zwyrodnienie wielu narządów, przedewszystkiem ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu mięśnie, co spotykamy i w tyfusie. Zmiany w nerkach i wątrobie przy inanicyi są prawie te same, co i w tyfusie. Pomimo oczywistego podobieństwa stanu inanicyi

---

<sup>40)</sup> Wracz. 1898. Nr. 27, 29, 31.

i tyfusowego większość lekarzy w okresie gorączkowym tyfusu przeciwna jest obfitej i urozmaiconej diecie, a przede wszystkim obawiają się dawać stałe pokarmy w tyfusie brzuszny. Obawa ta polega głównie na tem, aby od stałych pokarmów nie nastąpił krwotok lub przedziurawienie kiszek. Na ten zarzut mogą odpowiedzieć: 1) że zmiany w kiszkaach występują nie od pierwszego dnia, a stopniowo; 2) że zmiany te leżą stosunkowo daleko od żołądka i że miazga pokarmowa, póki dojdzie do zmienionych kiszek, sama podlega takim zmianom, że o mechanicznem drażnieniu nie może być mowy. Nawet małostrawne części pokarmów podlegają pewnym zmianom i trudno uwierzyć, aby nawpół rozmiękle i przegniłe mogły obrazić ściany naczyń lub oderwać strupy. W. BUSZUJEW widział na sekcji dobrze zabliźniające się owrzodzenia u chorego zmarłego na 30 dzień od powikłania tyfusu brzuszego w okresie rekonwalescencji włóknikowem zapaleniem płuc. Z tego można wnosić, że i przy stałych pokarmach może się odbywać prawidłowe gojenie owrzodzeń błony śluzowej kiszek. Daleko prędzej możemy przypuścić, że krwotoki w tyfusie brzuszny więcej są zależne od charakteru epidemii, aniżeli od pokarmu, co stwierdza jeszcze ta okoliczność, że podczas jednych epidemii krwotoki kiszkowe zdarzają się częściej, aniżeli w innych, pomimo to, że w obu warunki, w których się znajdowali chorzy, były jednakowe. Przeciwnicy żywienia chorych tyfusowych powołują się jeszcze na to, że przy żywieniu obfitą i urozmaiconą dyetą daleko częściej spotykamy nawroty choroby, czego nie można wnosić z wyżej przytoczonych faktów. [D. n.]

### III. O OBJAWACH, WYSTĘPUJĄCYCH POD WPŁYWEM ELEKTRYCZNEGO PODRAŻNIENIA

#### CIĄŻKA PRAŻKOWANEGO I WZGÓRKA WZROKOWEGO.

[Według wykładu, mianego w Towarzystwie Lekarskiem we Lwowie dnia 23 grudnia 1898].

Podat

**Prof. Dr J. Prus,**

dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Lwowskiego.

— — — — —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

#### **Wzgórek wzrokowy.**

Jak już wspomniałem, na pytanie, czy wzgórek wzrokowy można pobudzić prądem elektrycznym, niema dotychczas zgodnej odpowiedzi.

CARVILLE i DURET (*l. c.*) odmawiają wzgórkowi wzrokowemu pobudliwości. Również JOHANNSEN (*l. c.*) podaje, że przez faradyczne drażnienie wzgórek wzrokowego u psa nie mógł wywołać żadnych objawów ruchowych. Jedyne tylko podczas podrażnienia wewnętrznej powierzchni wzgórek wzrokowego

zauważył w jednym doświadczeniu zwężenie źrenicy i kilka słabych ruchów kończynami, trwających przez czas drażnienia. FERRIER (*l. c.*) twierdzi stanowczo, że wzgórek wzrokowego wcale nie można pobudzić prądem elektrycznym.

ALBERTONI i MICIELI (*Lo sperimentale. 1876*) zauważyli natomiast wybitne objawy ruchowe podczas drażnienia wzgórka wzrokowego.

ZIEHEN (*l. c.*) nadmienia wprawdzie, że faradyczne drażnienie powierzchni wzgórka wzrokowego u królika nie wywołuje najczęściej żadnego efektu, dodaje atoli, że pod wpływem silniejszych prądów pojawiają się obustronne drgania zwieraczy oka [mruganie], drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) i to najczęściej powolne przesuwanie się oczu w stronę drażnienia ku kącikowi ocznemu i szybkie poruszenie się gałek ocznych z powrotem w przeciwną stronę, kurcze żwacze (*masticatio*), ruchy obrotowe głowy, krótkotrwałe skurcze w zakresie mięśni, unerwionych przez dolną gałązkę nerwu twarzowego, oraz kurcze mięśni łapy przedniej i tylnej po stronie przeciwległej, a po części także po stronie drażnienia. ZIEHEN tłumaczy te objawy podrażnieniem torebki wewnętrznej prądami ubocznymi.

Drażnienie elektryczne powierzchni pionowego przekroju wzgórka wzrokowego sprowadza czasem zrywanie się zwierzęcia, a częściej słabe drżenie gałek ocznych, nieznaczne skrzywienie stosu paciierzowego, podnoszenie ogona, tężcowe zgięcie łap przednich i tylnych oraz tężcowe rozstawienie palców. Objawy te występowały po stronie przeciwległej w silniejszym stopniu, a w ogólności trwały nieco dłużej, niż drażnienie. Podczas drażnienia okolicy *tegmenti* były objawy te najwybitniej zaznaczone, gdy tymczasem podczas drażnienia w okolicy szypułki mózgu pojawiał się ogólny tężec, nie trwający dłużej, niż drażnienie.

BECHTEREW (*Die Bedeutung der Sehügel auf Grund von experimentellen und pathologischen Daten. Virchow's Archiv. 1887. T. 110. str. 102 i 322*) podaje, że elektryczne podrażnienie wzgórka wzrokowego w przednim obszarze sprowadza u królika: ogólny niepokój, przyspieszenie oddechania hałaśliwego, drgania w twarzy przeważnie po stronie przeciwległej, ruchy uszu i rwące ruchy we wszystkich kończynach. Po podrażnieniu tylnego obszaru wzgórka wzrokowego pojawiało się jeszcze, oprócz powyższych objawów, długotrwałe, żalotne skomlenie, które ustępowało dopiero po pewnym czasie po odjęciu elektrod. Równoczesne drażnienie obu wzgóreków wzrokowych sprowadzało również wybitne przyspieszenie oddechania, długotrwały krzyk i ruchy w twarzy, ruchy uszu oraz ruchy kończyn, jak niemniej drżenie gałek ocznych. Pod wpływem długiego drażnienia pojawiało się czasem oddanie moczu. Podobne objawy spostrzegali BECHTEREW także u gołębi, kur, świnek morskich, kotów i psów. Na psach wykonywał jednak doświadczenia tylko w ten sposób, że wkładał elektrody przez półkule mózgowie aż do wzgóreków wzrokowych, albowiem po odcięciu półkul był zawsze tak wielki krwotok, że, jego zdaniem, niepodobną było rzeczą uzyskać należytego wyniku co do pobudliwości wzgórka wzrokowego. W szczególności zauważył BECHTEREW u psów podczas drażnienia najwięcej ku przodowi położonych części wzgóreków wzro-

kowych przyśpieszenie oddechania i ruchy w twarzy; przy dalszem drażnieniu poczynał tułów wykonywać równomierne ruchy od jednej strony ku drugiej, przyczem nie tylko ogon, ale także kończyny brały udział, a w końcu dawało się słyszeć szczekanie, a czasem naprzemian ciche skomlenie. Najlżejsze przesunięcie elektrod ku tylnym częściom wzgórków wzrokowych pociągało za sobą zmianę objawów, a mianowicie w twarzy uwydatniały się fałdy nosopoliczkowe wyraźnie, zęby się odsłaniały, a zwierzę zaczęło głośno skomleć lub szczekać. Przy użyciu silnego prądu zdarzało się czasem mimowolne oddanie moczu i kału. Po zaprzestaniu drażnienia wydawało zwierzę głos jeszcze przez kilka minut, a czasem nawet przez pół godziny lub dłużej. Przy drażnieniu jednego wzgórką wzrokowego nie udawało się BECHTEREWOWI wydobyć głosu ze zwierzęcia, ale przyśpieszenie oddechania, ruchy w twarzy i kończynach, jakoteż ruszanie ogonem pojawiały się tak samo, jak wśród równoczesnego drażnienia obu wzgórków wzrokowych.

Na podstawie swych badań twierdzi BECHTEREW, że podrażnienie wzgórków wzrokowych prądem elektrycznym u różnych zwierząt sprowadza długotrwałe wydawanie głosu, czemu towarzyszą silne ruchy wydechowe oraz ruchy twarzy, tułowia i kończyn, podobne do tych ruchów, które wykonywają zwierzęta dla wyrażania rozmaitych afektów. BECHTEREW dodaje, że objawy te pojawiają się tak u zwierząt z nienaruszonymi półkulami mózgowymi, jak i u zwierząt, którym obie półkule wyłuszczone. Ponieważ objawy te występowały także w tych przypadkach, w których przez poprzednie zniszczenie sfery ruchowej w korze wywołano wtórórzędne zwyrodnienie dróg piramidalnych, przeto wywnioskował BECHTEREW, że objawy, pojawiające się pod wpływem podrażnienia wzgórków wzrokowych, nie pochodzą od podrażnienia torebki wewnętrznej. Po zranieniu wzgórką wzrokowego u psa zauważył BECHTEREW na drugi lub trzeci dzień, a czasem bezpośrednio po operacji, ruchy mimowolne w twarzy, tułowiu i kończynach po stronie przeciwległej. Ruchy te przypominały zupełnie płasawicze (*chorea*), wobec czego sądzi BECHTEREW, że ruchy płasawicze są wynikami podrażnienia wzgórków wzrokowych. Po zniszczeniu jednego wzgórką wzrokowego u psa pojawiały się mniej lub więcej wybitne zaburzenia równowagi bez objawów porażenia mięśni od woli zależnych oraz występowało uderzające zmniejszenie się ruchów mimicznych w twarzy po stronie przeciwległej.

Na podstawie swych badań doświadczalnych oraz spostrzeżeń klinicznych sądzi BECHTEREW, że wzgórkom wzrokowym przypisać należy wybitną rolę w wyrażaniu najrozmaitszych uczuć i że wzgórki wzrokowe są ośrodkami, za pomocą których przedewszystkiem wrodzone ruchy, wyrażające jakiś afekt, bywają wywoływane. Ruchy te powstają albo pod wpływem mimowolnych, psychicznych bodźców [jak w afektach], albo też w drodze odruchu pod wpływem bodźców dotykowych i podrażnienia innych narządów czucia.

BECHTEREW i MISLAWSKI (*Neurolog. Centralblatt. 1886*) przekonali się, że podrażnienie wzgórków wzrokowych wywołuje zawsze bardzo silne podwyższenie parcia krwi oraz znaczne zwolnienie, a nawet zupełne wstrzymanie ruchów serca, jak niemniej wybitne zmiany w oddechaniu.

OTT i WOOD FIELD (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1880) wykazali, że podrażnienie wzgórków wzrokowych za pomocą wklutych elektrod przez dwa otwory trepanacyjne sprządza powstrzymanie rytmicznej czynności jelit [polegającej na kurczeniu się i rozkurczeniu się] oraz wstrzymanie czynności zwieraczy odbytnicy i pochwy. Ruch robaczkowy jelit wstrzymuje się już pod wpływem podrażnienia wzgórka wzrokowego prądami ledwie wyczuwalnymi na języku.

TRAPIEZNIKOW (*Jahresbericht über die Neurologie und Psychiatrie*, I Jahrgang, str. 151) stwierdził, że podczas drażnienia wzgórka wzrokowego u psa pojawia się akt połknięcia i to nawet w tym przypadku, jeżeli włókna, dążące z ośrodką korowego przez torebkę wewnętrzną, uległy zwyrodnieniu.

Przystępując do skreślenia wyników badań własnych, muszę przede wszystkim uwydatnić, że drażnienie odsłoniętej powierzchni wzgórka wzrokowego prądami o słabej i średniej sile nie wywołuje w ogólności żadnych objawów. Pod wpływem silnych prądów pojawiają się natomiast zwykle pewne objawy ruchowe oraz mniej lub więcej wybitne zmiany w oddechu, w parciu krwi i w liczbie tętna, jak niemniej objawy złości. Jakość i nasilenie tych objawów zależy w znacznej mierze od miejsca podrażnienia.

Najczęściej występują kurcze tężcowe bądź to w jednej lub obu łapach po stronie przeciwległej, bądź też po obu stronach ciała. Im bliżej do *stria cornea* przysuniemy elektrody, tem wyraźniejsze są kurcze tężcowe. Podczas drażnienia przedniej części wzgórka wzrokowego (*tuberculum anterius thalami optici*) pojawia się najprzód przy pewnej sile prądu wyprężenie łapy przedniej przeciwległej oraz rozstawienie palców tejże łapy, a gdy następnie siłę prądu wzmacniamy, wypręża się także łapa przednia po stronie drażnienia, a przy dalszem wzmacnianiu prądu pojawiają się wreszcie także kurcze tężcowe w obu łapach tylnych. Jeżeli elektrody umieścimy w środku powierzchni wzgórka wzrokowego, to przy pewnej sile prądu poruszają się oba uszy ku przodowi i pojawiają się lekkie drgania w mięśniach twarzy. Mimo następnego wzmacniania prądu aż do zupełnego zesunięcia obu wężownic nie występują zazwyczaj żadne inne objawy ruchowe, a w wyjątkowych przypadkach pojawia się tężec ogólny. Pod wpływem podrażnienia tylnej przysrodkowej części wzgórka wzrokowego pojawiają się zwykle słabe kurcze tężcowe w obu tylnych łapach z rozstawieniem palców lub też jednostronne kurcze kloniczne, mianowicie po stronie przeciwległej. Jednostronne kurcze kloniczne łączą się czasem z wyraźnem drżeniem, pojawiają się zaś zwykle wśród drażnienia tej części tylnej przysrodkowej, która graniczy z częścią tylną zewnętrzną wzgórka wzrokowego.

Drażnienie tylnej bocznej, czyli zewnętrznej części wzgórka wzrokowego (*pulvinar*) wywołuje najprzód ogólny tężec, przyczem głowa skręca się w stronę przeciwległą, oczy zwracają się również w stronę przeciwległą, oddech się wstrzymuje, następnie brwi wyraźnie się marszczą, zwierzę przybiera groźną minę i zaczyna silnie warczeć i mruczeć przez pewną chwilę,

poczem kilka razy się otrząsa, wykonywając ruchy wahadłowe tułowiem to w prawą, to w lewą stronę, a w końcu oddech wyraźnie się przyspiesza. Nie ulega wątpliwości, że marszczenie brwi, groźna mina, warczenie i mrużenie oraz otrząsanie się są wyrazem złości i gniewu. Czasem zamiast tych objawów pojawia się po podrażnieniu tylnej, bocznej części wzgórka wzrokowego gwałtowny napad padaczkowy, rozpoczynający się nader silnym tężcem ogólnym i bardzo znacznem podwyższeniem się parcia krwi oraz zwolnieniem tętna i wstrzymaniem oddechania, a kończący się gwałtownymi kurczami klonicznymi, które później przekształcają się w szybkie ruchy bieżne.

Co się tyczy wpływu podrażnienia wzgórka wzrokowego na ruchy oddechowe, to zauważyłem najczęściej zwolnienie lub wstrzymanie oddechania przy drażnieniu przedniej części wzgórka, gdy tymczasem drażnienie tylnej części wzgórka wywołuje zwykle nieznaczne przyspieszenie oddechania. Natomiast drażnienie środkowej części wzgórka wzrokowego nie miało zwykle żadnego wpływu na oddech.

Parcie krwi podnosi się wogóle nieznacznie podczas drażnienia wzgórka wzrokowego. Stosunkowo najwybitniejsze wzniesienie się parcia krwi zdarza się wśród drażnienia przedniej części wzgórka. Drażnienie środkowej części nie wywiera zwykle żadnego wpływu na parcie krwi. Uwydatnić muszę, że w wielu przypadkach stwierdziłem znaczne obniżenie się parcia krwi pod wpływem podrażnienia tylnej przyśrodkowej części wzgórka wzrokowego.

Liczba tętna ulega zwykle tylko nieznacznym wahaniom wśród drażnienia wzgórka wzrokowego. Zwolnienie tętna zdarza się wśród drażnienia przedniej części, natomiast przyspieszenie tętna pojawia się wśród drażnienia tylnej części wzgórka wzrokowego, gdy tymczasem drażnienie środkowej części nie wywiera zwykle żadnego wpływu na liczbę tętna.

Już sam fakt, że do wywołania jakichkolwiek objawów przez podrażnienie wzgórka wzrokowego należy użyć silnych prądów, dowodzi, że powierzchnia wzgórka wzrokowego jest wogóle bardzo mało pobudliwą. Wobec tego, że przy drażnieniu środkowej części najsilniejszym nawet prądem nie występują zwykle żadne objawy, twierdzić mogę śmiało, że środkowa część powierzchni wzgórka wzrokowego nie oddziaływa wcale na prąd elektryczny. Ta jednak okoliczność, że powierzchniowej warstwy wzgórka wzrokowego nie można pobudzić prądem elektrycznym, nie wyłącza wcale możliwości istnienia pobudliwości w głębszych warstwach wzgórka wzrokowego. I owszem, drażnienie głębszych warstw elektrodami, wkłutemi w głąb wzgórka wzrokowego, poucza, że do wywołania objawów powyżej skreślonych wystarcza wogólności słabszy prąd, że więc głębsze warstwy są pobudliwsze. Z tego też punktu widzenia oceniać należy wyniki, otrzymane przez BECHTEREWĄ; wiadomo bowiem, że BECHTEREW wkładał elektrody przez obie półkule w głąb wzgórków wzrokowych.

[D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 108. Klemperer. Leczenie fosfaturyi.

Fosfaturyą nazywamy wydzielanie mętnego moczu, zawierającego w osadzie obfitą ilość fosforanów. Osoby, dotknięte fosfaturyą, uskarżają się zazwyczaj na różnorodne dolegliwości natury nerwowej. Na czem polega właściwie fosfaturya? Gdy dawniej przypuszczano, że przy tem wytwarza się w ustroju większa ilość fosforanów, obecnie zostało ustalonym, iż fosforany występują w osadzie zawsze wówczas, gdy odczyn moczu z kwaśnego staje się zasadowym, a więc po użyciu dwuwęglanu sodu, wody mineralnej alkalicznej, pokarmów przeważnie roślinnych i t. p.

Przyczyny współczesnego występowania fosfaturyi i neurastenii są różnorodne. Przedewszystkiem właśnie neurastenikom często bywa zalecaną dyeta roślinna i wskutek tego wywołuje się u nich fosfaturyę. Następnie w 1—2 godziny po jedzeniu i w warunkach prawidłowych zauważyć można t. zw. fizyologiczną fosfaturyę, która w 5—6 godzin po jedzeniu znika; ponieważ zaś neurastenicy bardzo często oddają mocz i bacznią na niego zwracają uwagę, przeto u nich fosfaturya częściej spostrzegać się daje. Dalej wiadomo, że fosfaturya występuje zwykle, gdy wskutek uporczywych wymiotów lub częstych przeplukiwań żołądka wydalana bywa z ustroju duża ilość kwasu solnego; również przy rozszerzeniu [żołądka] lub niedomogi ruchowej żołądka, gdy kwasy zbyt długo w żołądku pozostają. Ponieważ zaś i te cierpienia często spotykamy u neurasteników, przybywa jeszcze jeden czynnik, powodujący współczesne występowanie neurastenii i fosfaturyi. Nakoniec nadmienić wypada, że niektórzy autorowie uważają za możliwą zmianę odczynu moczu na skutek wpływu czysto nerwowego, jakkolwiek KLEMPERER i MINKOWSKI tej możliwości nie uznają.

Wobec powyższego zadaniem terapii przy fosfaturyi zdaje się być podniesienie kwaśności moczu, a więc należałoby [np. według MINKOWSKIEGO] stosować wewnątrz kwasy [solny, salicylowy i t. d.], zalecać dyetę przeważnie mięsną [mięso, jaja, ser i t. d.], a natomiast zabraniać kartofli, jarzyn, owoców.

Autor, mając sposobność obserwować liczne przypadki fosfaturyi, dotyczącej przeważnie ludzi w wysokim stopniu nerwowych, zastosował metodę leczenia MINKOWSKIEGO. W praktyce okazała się jednak zupełnie bezskuteczną: ani dyeta wyłącznie mięsna, ani kwasy używane wewnątrz nie zdołały usunąć zmętnienia moczu. Szukając wyjaśnienia powyższej zagadki, autor skonstatował, co następuje: u chorych, dotkniętych fosfaturyą, można było stwierdzić nadkwaśność zawartości żołądkowej i wysoki stopień niedomogi ruchowej żołądka. Pierwsza występowała jako jeden z licznych objawów neurastenii, druga prawdopodobnie spowodowaną była przez czasowy skurecz odźwiernika, często towarzyszący nadmiernej kwaśności. Powyższy stan żołądka musi pociągnąć za sobą fosfaturyę, gdyż krew przytem zostaje pozbawioną dużej ilości kwasów, które nadmiar długi czas przebywają w żołądku.

Nie wynika wszakże z tego, że fosfaturya jest następstwem cierpienia żołądkowego, gdyż ono samo jest również wtórne, pochodzenia nerwowego: fosfaturya jest tylko jednym z objawów ogólnej neurastenii, wobec czego nie może nas już dziwić, że powyżej wskazana terapia do celu nie prowadziła, gdyż, stosując kwasy przy wzmożonej kwaśności, sprawę tylko pogarszamy.

KLEMPERER próbował jeszcze wprowadzać kwasy przez odbytnicę i istotnie otrzymywał skutki pomyślne, t. j. znikanie mętów w moczu; ale skutek ten, jak łatwo zrozumieć, był tylko chwilowym.

Racjonalne leczenie fosfatury polega więc na leczeniu przyczyny, ją wywołującej, czyli neurastenii. Wyniki pomyślne otrzymamy tylko wówczas, gdy nie będziemy stosować leczenia szematycznego, jakiejś ściśle określonej diety lub przetworów farmaceutycznych, lecz leczenie oprzemy na zalecaniu diety, najlepiej odpowiadającej poszczególnemu choremu, na wywieraniu na chorym wpływu moralnego; dyeta winna być mieszana, obfita; hydroterapia, elektryczność i t. d.; dla jednych pobyt nad morzem, dla innych w górach.

Kamienie nerkowe fosforanowe, według KLEMPERER'a, również powstają li tylko wskutek ogólnej choroby nerwowej i należy to mieć na uwadze przy leczeniu tego względnie rzadkiego cierpienia.

(Die Ther. der Gegenwart. Nr. 8. 1899).

W. Rubin

### 109. Herzfeld. Leczenie chirurgiczne gruźliczego zapalenia otrzewnej.

Zapalenie gruźlicze otrzewnej występuje przeważnie w trzech postaciach: 1) Postać wysiękowa: na otrzewnej znajduje się wielka ilość małych, szarych guziczków; кишки oblepione są włóknikiem, zrostów trwałych niema; wysięk przeważnie mętawy surowiczny; odmiany czysto ropne lub posokowate łączą się zwykle z poważniejszymi zmianami otrzewnej. 2) Postać guzowata: wysięk nieznaczny, lub zupełnie nieobecny; sieć, skulona i pociągnięta ku górze, przedstawia się zazwyczaj jako wielki jednolity guz; krezka skurczona, jelita odejgnięte na prawo, ściany ich miejscami guzowate z wyraźnymi zmianami serowatemi na otrzewnej; obfite zrosty między кишkami; rozpoznanie często waha się między gruźlicą a nowotworem. 3) Postać z przewagą zrostów (*perit. adhaesiva*): wolnej jamy brzusznej właściwie niema wcale; кишки pozlepiane nawzajem i z otrzewną ścienną; w zrostach obfitość gruzelków zserowaciałych; wewnątrz zlepek wysięki tworzą rodzaj torbieli; płyn może się przedstawiać jako ropa, lub nawet cuchnąca posoka [przedziurawienie jelita]; częste tworzenie się przetek ściennych kiszkowych. Oczywiście często mamy do czynienia z mieszaniną wszystkich tych trzech postaci.

Gdy zajęcie otrzewnej wystąpi u osobnika już uprzednio cierpiącego na wyraźną gruźlicę [np. płuc], wówczas rozpoznanie nie napotka wielu trudności; w przeciwnym razie cierpienie może być trudniejszym do rozpoznania.

Wiek chorych przeważnie młodzieńczy lub dziecienny z przewagą po stronie płci żeńskiej. Póczątkowe objawy: osłabienie, brak apetytu, bóle brzucha, rozwolnienie, lub zaparcie stolca, podniesienie ciepłoty [ostatniego objawu może nie być w ciągu całej choroby], wreszcie większe lub mniejsze wzdęcie brzucha z umiarkowanym rozszerzeniem żył podskórnych. Powiększenie brzucha występuje niejednokrotnie nagle. Zauważyć należy, że napięcie i bolesność ścian brzusznych w danym razie zawsze jest znacznie mniejsze, niż np. przy przedziurawieniu кишки, prócz tego—oczywiście—nie daje się stwierdzić obecności powietrza w jamie otrzewnej. Częstość określamy obecność płynu ruchomego lub też otorbionego.

Po wypuszczeniu płynu dają się wymacać w różnych miejscach guzowatości i tarcie powierzchni otrzewnowych.

Gdy pierwotnym ogniskiem gruźlicy jest wyrostek robaczkowy lub narządy płciowe kobiece, wówczas przeważają objawy cierpienia miejscowego (*appendicitis, oophoritis*), a znalezione po dokonaniu cięcia otrzewnej gruzelki stanowią niespodziankę. Często guzy gruźlicze umiejscawiają się w ten sposób, że robią wrażenie nowotworów jajnika i jako takie bywają operowane.

Różniczkując między rakiem a gruźlicą, należy zwracać uwagę na wiek, stan pozostałych narządów [zwłaszcza płuc] i dziedziczność. Wstrzykiwanie



próbne tuberkuliny Koch'a jest rzeczą wprost niebezpieczną, dlatego też autor woli wprost otwierać otrzewną i w razie potrzeby wycięty kawałek guza poddawać badaniu drobnowidzowemu.

Przebieg cierpienia zwykle przewlekły, pogorszenie wciąż postępuje naprzód; w końcu przyłączają się przetoki kałowe, zwyrodnienie mączkowate (*amyloid*) narządów mięsnych i ogólne wyniszczenie; ostatecznym wynikiem jest śmierć. Bywają jednak i takie przypadki, w których sprawa przychodzi nieraz na lata całe. W pojedynczych przypadkach otrzymuje się samostnie całkowite wyleczenie.

Co się tyczy leczenia, dawnymi czasy kierowano zabiegi wyłącznie przeciw wysiękowi, walczono tu środkami wewnętrznymi, odciągającymi, wreszcie poczęto plyn wypuszczać trójgrańcem.

Dopiero w roku 1884 KOENIG jał dowodzić, że gruźlicze zajęcie otrzewnej może być nawet całkowicie wyleczone za pomocą zwyczajnego otworzenia jamy otrzewnej. Przypuszczenie KOENIG'a okazało się faktem.

Jakie okoliczności prowadzą tu do wygaśnięcia ognisk gruźliczych, na to do tej pory niema zadawalającej odpowiedzi; najprawdopodobniej nie jeden szczególny czynnik, lecz wszystkie razem, a więc zmienione warunki ucisku i krwiobiegu, wpływ światła, zmiana gwałtowna ciepłoty i t. d. i t. d.

Sam zabieg polega na tem, by po linii środkowej na dość znacznej przestrzeni otworzyć jamę brzuszną, usunąć, o ile można, dokładnie zebrany tam wysięk i wreszcie zaszyć ranę całkowicie. W wyjątkowych razach [gdy znajdzie się posoka] należy przeprowadzić sączki. Przemyswanie otrzewnej środkami przeciwnożnymi niema racyi bytu.

Wyleczenie można otrzymać do tego stopnia całkowite, że po paru latach otrzewna — niegdyś cała w gruzelkach — stanie się gładką i lśniącą, jak gdyby nigdy żadnych spraw chorobowych nie przechodziła.

Autor, przytoczywszy przypadki, operowane w szpitalu Urbana w Berlinie, podaje odsetkę wyzdrowień na 62 [ogólna ilość chorych 29]. Dany przypadek uważa on za wyleczony całkowicie, gdy mniej więcej po kilku latach operowany czuje się [co do jamy brzusznej] zupełnie dobrze i obiektywnie nie znajduje się nic, coby wskazywało na obecność gruźliczego zajęcia otrzewnej.

(*Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. V. Z. 2. 1899.*) E. Lewenstern.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

### Wydział higieny wychowawczej.

Posiedzenie z dn. 18 października 1899.

Po zakomunikowaniu zebraniem odezw od Rady [o otwarciu czytelnicy Towarzystwa i o posiedzeniach komitetów], posiedzenie zajęły dwa referaty, poświęcone jednej sprawie, mianowicie sprawie wychowywania idyotów małoletnich.

Kol. HEWELKE, dzieląc dzieci upośledzone na umyśle na 2 kategorie: a) lżejszą i b) cięższą, przedstawił stan obecny kwestyi wychowywania dzieci obu tych grup na Zachodzie. Według danych statystycznych, H. przyjmuje liczbę idyotów w stosunku 1:10000 ogólnej liczby ludności danego kraju.

Prelegent proponuje, aby zapoczątkować racjonalne wychowywanie idyotów u nas przez założenie instytucji płatnej dla dzieci osób zamożniejszych.

Drugi z kolei mówca, kol. OLTUSZEWSKI zastanawia się przeważnie nad tem, co rozumieć przez niedorozwój psychiczny, jakie są jego objawy i przy-

czyny, jak stan ten rozpoznać i odpowiednio leczyć. Wspomniawszy następnie o znamionach zwyrodnienia, główny nacisk położył na zboczenia mowy i ich stosunek do niedorozwoju, rozróżniając, jak i poprzedni mówca, zboczenia ze zmianami lub bez zmian w ośrodkach mowy. Niedorozwój, jako przyczyna niemoty odgrywa rolę pierwszorzędą.

Na zasadzie swego doświadczenia, jako też wyników, otrzymywanych za granicą, O. mniema, że niedorozwój psychiczny, za wyjątkiem zupełnych idiotów, jest uleczalny.

Według prelegenta, nie brak odpowiednich zakładów stanowi przeszkodę do racjonalnego zaopiekowania się idiotami, lecz sami rodzice, niechętnie rozłączający się ze swemi dziećmi, a to z powodu niezdawania sobie sprawy z istoty niedorozwoju i szkodliwego wpływu nieumiejętnego otoczenia.

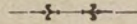
Wobec tego sądzi, że zadanie społeczeństwa polega głównie na zaopiekowaniu się dziećmi rodziców niezamożnych.

W końcu p. GROSGLIK opisuje genezę i urządzenie tutejszego zakładu żydowskiego dla idiotów [na Woli].

Wydział uznał w zasadzie doniosłość i potrzebę zakładu wychowawczego dla idiotów małoletnich, opracowanie zaś projektu powierzył kol. OŁUSZEW-SKIEMU.

J. P.

## Wiadomości bieżące.



— Wyszedł z druku kalendarz lekarski na rok 1900, wydany przez D-ra POLAKA. Nie będziemy podawać szczegółowo treści kalendarza, gdyż jest ona umieszczoną w dziale ogłoszeń. Na zaznaczenie zasługuje staranność wydawnictwa. Cena kalendarza rb. 1 kop. 50.

— Ostatni zeszyt № 128 „Odczytów klinicznych“ zawiera pracę D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO p. t.: „Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych“. Autor, przeciwnik, stosowania alkoholu w terapii, wykazuje szkodliwy wpływ alkoholu pod względem szerzenia się chorób dróg oddechowych, zwłaszcza suchot płucnych. Stanowisko autora wobec kwestyi alkoholizmu przedstawia najwymowniej końcowy ustęp odczytu, w którym autor przemawia za walką przeciwko alkoholizmowi i za utworzeniem przy Towarzystwie Hygienicznym sekcji wstrzeźliwości od napojów alkoholowych.

— W myśl wezwania, które w formie urzędowej otrzymał prof. EDWARD KORCZYŃSKI od komitetu organizacyjnego XIII-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego, mającego się odbyć w Paryżu 1900 r., zawiązał się komitet polski tego Kongresu, wybierając na prezesa prof. ED. KORCZYŃSKIEGO, na wiceprezesa prof. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA, na sekretarza D-ra AUGUSTA KWAŚNICKIEGO. Zawiadamiając lekarzy polskich o tem ukonstytuowaniu się i rozpoczętem urzędowaniu komitetu polskiego, oświadczamy jednocześnie, że do przyjmowania zgłoszeń uproszony został D-r ALFRED SOKOŁOWSKI.

*Dr. A. Kwaśnicki,*  
sekretarz.

*Prof. Dr B. Wicherkiewicz,*  
wiceprezes.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b.; Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводлено Цензурою Варшава, 4 Ноябрь 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

**W PŁOCKU**

osiedlił się i rozpoczął praktykę

**D-r Władysław Biesiekierski**

kilkoletni asystent przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. 6—2

Choroby chirurgiczne, kobiece i moczopłciowe.

**Dr. S. Gościcki**

4—2

Stosuje psychoterapię (leczenie hypnotyzmem) w cierpieniach nerwowych - czynnościowych, głównie zaś w hysterii i chorobliwych nałogach (onanizm, enuresis nocturna i t. p.).  
**Chmielna 9**, od 5 do 7.

**O J C Ó W.**

4—2

**Zakład leczniczy dla chorych nerwowych.**

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Pocztą i telegraf na miejscu.—Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe.—Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu D-r St. NIEDZIELSKI.

**ZAKŁAD DERMATOLOGICZNY****dla chorób skórnych i wenerycznych**

Włodzimierska Nr. 9.

Pokoje z całodziennem utrzymaniem od 3 do 5-ciu rubli.

Lekarze ordynujący: J. Diehl, A. Elzenberg, Hellin, J. Klejnadel, E. Kurella, K. Mazaraki, P. Sieragowski, J. Sierzpowski, J. Sobierański, K. Szmakfefer, Wesołowski, J. Wojciechowski, T. Żera. 25—4

**Uzdrowisko na wyspie pod PADERBORN (Niemcy)**

Otwarte latem i zimą i licznie uczęszczane. Doskonałe skutki lecznicze.

Specjalny zakład dla chorych, dotkniętych astmą i cierpieniami narządów oddechowych (cierpien górnoodcinka dróg oddechowych, katarów oskrzeli, rozedmy płuc).

Fizyczno-dietetyczne metody lecznicze. Deptak. Ogród zimowy. Klimat łagodny. Wielki park. Ogrzewanie centralne. Prospekty gratis. 0—2

Nagrodzona medalem srebrnym na wystawie w Pradze 1896 roku.

**Urysolwina MAHL'A**

CYTRYNIAN LITYNO - MOCZNIKOWY,

Fizjologiczny środek moczopędny, rozpuszczający kwas moczowy.

Skład w Apteczce K. WENDY Krakowskie Przedmieście 45.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Literatura bezpłatnie 10—2

OPUŚCIŁ PRASĘ:

# Kalendarz Lekarski

## NA ROK 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

**Treść stanowią:** Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich, skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitale warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i składy materiałów aptecznych podług ulic, przytulki dla rodzających, służba weterynaryjna, adresa izb feleczerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

**Podręcznik terapeutyczny,** zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań miąższowych, ławatyw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łącnicy, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wziewań, do pedzlowania gardła i krtań, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropeł w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica pogląдова ważniejszych wód mineralnych, Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezinfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzania mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin policyjno- i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną szluczną skórę, („erocodil“, „marocco“, „chagrin“, notatnik wkładany na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ółwka.

Cena Kalendarza wynosi **1 rubel 50 kop.** Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica Ś- to Krzystka Nr. 25 w Warszawie.  
Sprowadzać również można za pośrednictwem redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

WKRÓTCE OPUŚCI PRASĘ

# Kalendarz dla lekarzy - praktyków

na rok 1900

D-ra Al. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktove i stemplowe, wykaz czasopism lekarskich, krajowych i zagranicznych, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akuszerok, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarzkie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łącnicy i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokości, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, kąpiele lecznicze sztuczne, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych po armów, dyeta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacji uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga męzczyzn i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzalego, wzrost i waga zdrowego dziecka, ząbkowanie prawidłowe, tablicę ciąży), ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Zamówienia przyjmują redakcyja czasopism lekarskich oraz księgarnia W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich, w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki dokonywa wszelkich rozbiórów, wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku oraz przedmiotów, mających zastosowanie w handlu i przemyśle.